FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia

Código: MDN-CGFM-PROGESA-DGSM-MA.33-3



Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

PLAN MAESTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL PARA LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO DE PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD
SALUD MENTAL

BOGOTÁ, D. C.

Código: MDN-CGFM-PROGESA-DGSM-MA.33-3

FUERZAS MILITARES
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

BRIGADIER GENERAL **ORLANDO DELGADILLO GIRALDO**
DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

CORONEL **JUAN CARLOS VARGAS CALDERÓN**
SUBDIRECTOR DE SALUD - DGSM

CORONEL **NIXON WILLIAM GALEANO VALBUENA**
DIRECTOR DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL CAPITÁN

DE NAVÍO **JOSÉ MANUEL SIERRA GONZÁLEZ**
DIRECTOR DE SANIDAD ARMADA NACIONAL

CORONEL **HERNÁN MONROY LEAL**
DIRECTOR DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

BRIGADIER GENERAL **RICARDO GÓMEZ NIETO**
DIRECTOR HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Autoría

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SMSM. **MARÍA GLADYS QUIÑONES VENEGAS**
Psicóloga - Líder Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
Mayor **CLAUDIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ** Psicóloga
- Jefe Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL
Capitán de Corbeta **ASTRID CONSTANZA VERGARA**
Psicóloga - Jefe Salud Mental

DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA
Teniente Coronel **HUMBERTO ZULUAGA GARCÍA**
Psiquiatra - Coordinador Salud Mental DMEFA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL SMSM
PATRICIA HERNÁNDEZ ZUBIETA
Psicóloga Hospital Militar Central

Código: MDN-CGFM-PROGESA-DGSM-MA.33-3

Asesoría y Revisión

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Dra. **ROSA JULIA SUÁREZ PRIETO**

Psicóloga Docente Departamento de Salud Pública

Colaboradores

DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZA AÉREA COLOMBIANA

Mayor Psicólogo **ALEXÁNDER HERNÁNDEZ**

Jefe de Servicios Asistenciales DISAN

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

Dra. **TATIANA DEL PILAR ALVARADO CÁCERES**

Psicóloga DMGEM

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Dr. **MAURICIO GARZÓN RUIZ**

Médico Psiquiatra - Coordinador Servicio Psiquiatría

Dra**. ADRIANA PARTHENIS CHIVATÁ**

Trabajadora Social

CICATELLI ASSOCIATES INC

Tony Jiménez, MD

Director Adjunto de Capacitaciones

Revisión

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Capitán de Navío **ORLANDO SEGURA GUTIÉRREZ**

Subdirector Técnico y de Gestión - DGSM

PD. **ANGÉLICA RICO GIL**

Coordinadora Grupo de Programas Especiales en Salud

Código: MDN-CGFM-PROGESA-DGSM-MA.33-3







"Redentor de ellos es el fuerte;
el Señor de los ejércitos es su nombre;
de cierto abogará la causa de ellos,
para hacer reposar la tierra,…"

Jeremías 50:34
Sagradas Escrituras

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN 13
JUSTIFICACIÓN 15
INTRODUCCIÓN 17
OBJETIVOS 21

CAPÍTULO I 23
PLATAFORMA ESTRATÉGICA EN SALUD MENTAL SSFM 25

Misión área de salud mental 25
Visión área de salud mental 25
Política de salud mental para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares 25
1. MARCO JURÍDICO 26
2. MARCO ÉTICO 28
3. MARCO CONCEPTUAL 28
3.1. Salud mental 29
3.2. Equipo interdisciplinario en salud mental 31
3.2.1. Psicología 32
3.2.2. Psiquiatría 32
3.2.3. Trabajo Social 32
3.2.4. Terapia Ocupacional 32
3.2.5. Orientador Espiritual 33
4. LÍNEAS DE ACCIÓN 33

CAPÍTULO II 35
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL 37

1. MARCO DE REFERENCIA 37
2. OBJETIVO 41
3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 41
3.1. Estrategia de aprendizaje en adultos: andragogía 41
3.1.1. Principios del Aprendizaje en Adultos 41
3.1.2. Estilos de Aprendizaje 42
3.1.3. Ciclo del Aprendizaje Vivencial 44
3.1.4. Desarrollo de destrezas para el uso del Ciclo del Aprendizaje Vivencial 44

4. PROGRAMAS EN PROMOCIÓN 46
4.1. Resolución de conflictos - Manejo del estrés 47
4.1.1. Marco de referencia 47
4.2. Fomento de estilos de vida saludables 48
4.2.1. Marco de referencia 48
4.2.2. Hábitos de Vida Saludable 49
4.2.3. Autoesquemas 50
4.2.4. Proyecto de vida 51
4.3. Familias saludables 51
4.3.1. Marco de referencia 51
4.3.2. Adaptación a los cambios de vida 53
4.3.3. Comunicación 54
4.3.4. Pautas de crianza 54
4.3.5. Apoyo Social como Estrategia Comunitaria 56
4.4. Promoción del autocuidado en el personal de salud mental y prevención del Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) 57
4.4.1. Marco de referencia 57
4.4.2. Factores de Riesgo y Protección 58
4.4.3. Acciones de promoción y prevención requeridas 59
5. PROGRAMAS EN PREVENCIÓN 59
5.1. Adicciones psicológicas (sin drogas) y adicciones a sustancias psicoactivas 59
5.1.1. Marco de referencia 60
5.1.2. Plan de acción 60
5.2. Prevención en suicidio 62
5.2.1. Marco de referencia 62
5.2.2. Plan de acción 63
5.3. Abordaje en familia 64
5.3.1. Marco de referencia 64
5.3.2. Resiliencia 66
5.3.3. Vulnerabilidad – Generatividad Familiar 66
5.3.4. Tipos de intervención con familias 68
5.3.5. Violencia Intrafamiliar 69

CAPÍTULO III **73**
ATENCIÓN CLÍNICA DE TRASTORNOS MENTALES 75

1. MARCO DE REFERENCIA 75
2. OBJETIVO 75
3. ESTRATEGIAS 75
4. GUÍAS DE ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO 77
4.1. Guía de atención en consumo de sustancias psicoactivas 77
4.2. Guía de atención en riesgo suicida 87
4.3. Guías de atención de conflicto de pareja 93
4.4. Guías de atención de duelo 96
4.5. Guías de atención en caso de enfermedad terminal 100
4.6. Guías de apoyo en trastornos de adaptación 104

5. GUÍAS DE ATENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES 108
5.1. Guía de atención de trastornos afectivos 108
5.1.1. Guía de atención de trastornos depresivos 108
5.1.2. Guía de atención de trastorno bipolar 115
5.2. Guía de atención de trastornos de ansiedad 120
5.3. Guía de atención de reacciones a estrés agudo y trastorno de estrés postraumático 125
5.4. Guía de atención de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 133
5.5. Guía de manejo de las urgencias psiquiátricas 139
6. REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL 146
6.1. Marco de referencia 146
6.2. Objetivos 146
6.3. Estrategias 146
6.4. Marco conceptual 147

CAPÍTULO IV **151**
SALUD MENTAL MILITAR 153

INTRODUCCIÓN 153
1. SELECCIÓN E INCORPORACIÓN 153
1.1. Marco de referencia 153
2. INDUCCIÓN, INSTRUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO 155
2.1. Adaptación a la vida militar 155
2.1.1. Personal de Soldados e Infantes de Marina 157
2.1.2. Personal de Oficiales y Suboficiales 160
2.2. Fase de entrenamiento psicológico militar 160
2.2.1. Marco de referencia 160
2.2.2. Entrenamiento Mental 161
2.2.2.1. Destrezas y habilidades cognitivas del militar 162
2.2.2.2. Entrenamiento y fortalecimiento del control emocional 165
2.2.2.3. Entrenamiento y fortalecimiento en solución de problemas 167
2.2.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales 167
2.2.3. Entrenamiento Psicológico Militar 168
3. PREVENCIÓN ESTRÉS DE COMBATE 171
4. MANEJO POST SITUACIÓN CRÍTICA 174
5. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS 177
6. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL AL PERSONAL SECUESTRADO LIBERADO, FUGADO O RESCATADO FF. MM. 179

CAPÍTULO V **191**
INVESTIGACIÓN Y VIGILANCIA DE EVENTOS EN SALUD MENTAL 193

1. SALUD MENTAL PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA 193
2. OBJETIVO 194
3. ESTRATEGIAS 194
4. EPIDEMIOLOGÍA 194
4.1. Objetivo 194

4.2. Estrategias 194
4.3. Ética 195
4.4. Tópicos de aplicación 195
4.5. Sistema de vigilancia en salud 195
4.6. Sistema de vigilancia en salud mental SSFM 196
4.6.1. Morbilidad en salud mental 197
4.6.2. Morbilidad en salud mental – Georreferenciación 198
4.6.3. Programas de Promoción y Prevención – Cobertura 199
4.6.4. Programas de Promoción y Prevención – Georreferenciación 200
4.6.5. Reporte presuntos suicidios 201
4.6.6. Informes psicológicos como respaldo a la labor asistencial 201
4.7. Estudios epidemiológicos 202
4.7.1. Tipo de estudios 202
4.7.2. Variables epidemiológicas 203
5. INVESTIGACIÓN 204
5.1. Marco de referencia 204
5.2. La investigación cualitativa como abordaje metodológico 204
5.3. Investigación en salud mental SSFM 205
6. INDICADORES: PROCESOS DE EVALUACIÓN E IMPACTO 207
6.1. Marco de referencia 207
6.2. Programas de promoción y prevención 207
6.3. Atención clínica en salud mental 207
6.4. Vigilancia en salud mental SSFM 208
6.5. Plan maestro integral de salud mental 208

ANEXOS 211

ANEXO 1. Clasificación de las sustancias psicoactivas y el cerebro 213
ANEXO 2. Las sustancias psicoactivas y el cerebro 214
ANEXO 3. Principios del aprendizaje y el condicionamiento en la prevención de recaídas 216
ANEXO 4. Tabla análisis funcional 217
ANEXO 5. Preguntas útiles para explorar riesgo suicida 218
ANEXO 6. Consultas reportadas por salud mental 2011 220
ANEXO 7. Introducción al modelo cognitivo conductual 221
ANEXO 8. Referencias bibliográficas 224

PRESENTACIÓN

La profesión de las armas, quizás una de las más milenarias y relevantes en el derrotero marcado hasta hoy por la humanidad, tiene su basamento en toda esa mística, fundamentada en los más puros principios y valores que socialmente han guiado el surgimiento y progreso de las civilizaciones.

Es cierto que cada una de ellas ha vivido tiempos de paz y de guerra, de alegría y dolor, de esperanza y desasosiego, de progreso y estancamiento, pero se puede marcar un común denominador en el deseo individual y colectivo y ese se llama PROGRESO.

Este proceso, tal cual lo habla Calderón de la Barca en uno de sus escritos, "la milicia no es más que una religión de hombres honrados", ha estado ligado por miles de años a los que de una u otra manera han marcado la tradición militar y han convivido con lo que se llama hoy en día la población civil, siendo unos y otros los que encierran el concepto de convivencia y forman las civilizaciones.

Inmerso en los ejércitos se refleja toda esta formación, este eco de valores, principios, banderas, himnos, oraciones y demás aspectos que deben fortalecer la identidad y la pertenencia de los seres humanos a las tradiciones que, por concepción divina y de defensa de un terruño, el destino les encomendó defender.

De esa misma manera debe permearse el ciudadano colombiano al observar la valentía, coraje, entrega, dolor patrio, desinterés y desprendimiento que sienten nuestros soldados ante el desafío de todos estos años de lucha, en defensa de la democracia y su institucionalidad.

En respuesta a este desafío, las Fuerzas Militares parten de comprender que su talento humano está conformado en esencia por todos los hombres y mujeres de tierra, mar y aire, sin importar su jerarquía; aquellos que al realizar su juramento de bandera anteponen todo por la patria; aquellos que día a día están expuestos a deteriorar su integridad física y mental en procura de alcanzar y mantener un ambiente de paz y progreso que garantice el libre ejercicio de todos los derechos de nuestra sociedad.

Este riesgo inherente a la actividad militar con el único fin de cumplir la misión encomendada, asumir la obediencia debida, acatar las órdenes de sus comandantes y hacer gala de cortesía militar, se vuelve una confrontación diaria ante la muerte, las minas, los combates, los actos terroristas y, en fin, toda esa multiplicidad de acciones en la tarea de enfrentar al enemigo de los intereses nacionales, donde se encuentre, en los lugares más recónditos e inhóspitos, sin descanso, día y noche, todos los días del año, alejándose temporal y espacialmente de sus familias, sus comunidades, y postergando la satisfacción de sus necesidades o aspiraciones individuales.

Aprender a tolerar, canalizar y aprovechar constructivamente todos los sentimientos, emociones e impulsos que esta exposición conlleva, sin perder el sentido del deber, manteniéndose en un marco ético, es un imperativo para el desarrollo de programas de promoción y prevención, atención y rehabilitación en salud mental, dentro de un Plan Maestro Integral que oriente, coordine y distribuya los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros para asegurar el mantenimiento y recuperación de la salud mental de cada integrante de las Fuerzas Militares.

Conscientes de esta responsabilidad, desde el año 1995 se planteó el primer proyecto de Plan de Salud Mental, que en el 2007 fue documentado y afinado, sirviendo de soporte para esta tercera versión que tenemos el agrado de presentar, con la cual se pretende integrar aún más los esfuerzos de las tres Fuerzas, comprometer a los comandantes de todos los niveles, establecer prioridades de intervención, guías de manejo para las situaciones más frecuentes, protocolos de vigilancia epidemiológica, plantear la necesidad de fortalecer los programas de rehabilitación psicosocial y establecer indicadores de gestión que permitan evaluar, retroalimentar, y reorientar las prioridades.

En el presente Plan se aborda el proceso llamado salutogénico desde una perspectiva de salud mental, concebida no solo como la ausencia de enfermedad mental sino como el proceso para alcanzar y mantener un estado de bienestar físico, psicológico y social, mediante la interacción dinámica del ser humano activo con su herencia, su entorno ambiental, familiar, sociocultural y la accesibilidad a servicios de salud de calidad, para el desarrollo de sus potencialidades, con énfasis en la búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad de vida.

Dentro de este proceso, se plantea que cada integrante en la Institución cumple un ciclo, con diferentes etapas, en cada una de las cuales requiere intervenciones específicas para mantener un estado de salud mental óptimo.

El ciclo en la Institución comienza con el apoyo y coordinación del sector salud, en acciones que competen directamente a los sectores de desarrollo humano durante los procesos de selección, reclutamiento e incorporación, con el propósito de ingresar a las filas personal con menor vulnerabilidad a afectarse negativamente por las circunstancias que deberá afrontar; continúa con un proceso de inducción y entrenamiento para poder brindar un clima de bienestar al personal y sus beneficiarios, fortaleciendo la moral y la motivación; y finalmente, concluye con la preparación para el retiro y la reincorporación a la vida civil.

Por supuesto, se hace énfasis en las acciones que competen directamente a sanidad, como la promoción y prevención, atención clínica de los trastornos mentales y se incluye el tema de rehabilitación. Así mismo, se dedica un capítulo a vigilancia epidemiológica e investigación sobre la calidad de vida y los eventos críticos en salud mental como la presencia de trastornos mentales que generan hospitalización o incapacidad, suicidio, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

El presente Plan Maestro Integral es una guía y estímulo para el desarrollo de las tareas que competen a cada miembro de la Institución castrense, no solo los directamente involucrados en sanidad, en la construcción colectiva de condiciones de vida digna y plena para todos, modelo para la Nación que defendemos y contribuimos para su progreso.

Brigadier General ORLANDO DELGADILLO GIRALDO
Director General de Sanidad Militar

JUSTIFICACIÓN

Debido a la importancia que tienen las Instituciones para un país como Colombia, se identifican las Fuerzas Militares como un eje central de gran relevancia en el reconocimiento y manejo de las manifestaciones psicológicas, vinculadas con un sector que se encarga de la defensa de la población, en los diversos contextos de la vida de las personas a corto, mediano y largo plazo.

Al interior de las Fuerzas Militares la presencia de alteraciones emocionales se hace evidente por lo menos de la misma manera que en el resto de la población; sin embargo, lo importante aquí es la posición del Comando General de las Fuerzas Militares frente al compromiso que implica la toma de medidas preventivas necesarias para la modificación de las condiciones que afectan la calidad de vida de las personas, reduciendo su productividad y sus posibilidades de disfrutar y gozar de una existencia digna.

Una de las preocupaciones mundiales gira en torno al suicidio. Para el caso de las Fuerzas Militares de Colombia, aunque este sigue siendo un tópico de interés, se observa que en los últimos diez años se han generado diferentes estrategias de abordaje, desde el reconocimiento de los factores asociados con este hecho, como de factores de prevención que han traído como resultado la disminución de la tasa de suicidios. Sin embargo, se aprecia que la tasa es mayor a la nacional[1], aspecto que se espera continúe disminuyendo. Este hecho epidemiológico requiere con urgencia ser revisado interdisciplinariamente y a la luz de los procesos de la gestión humana que se realizan en la Institución.

En general, se observa que para el año 2011 las cinco primeras causas de atención en Salud Mental fueron en su orden: trastornos afectivos con el 14.37%, problemas relacionados con estilo de vida con el 11.69%, problemas de pareja y familia con el 10.36%, trastornos de estrés grave y adaptación con el 9.68% y problemas por circunstancias psicosociales con el 8.42%[2] (anexo 6). Muchos de estos motivos de consulta, deben ser abordados fortaleciendo los programas de prevención y promoción existentes. Los psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, comandantes y demás miembros de los equipos interdisciplinarios, tienen la responsabilidad de estudiar estos eventos y comprometerse en una acción conjunta para disminuir o mitigar sus efectos en la comunidad militar.

El presente Plan Maestro Integral se constituye en un planteamiento estratégico sobre el actuar de las diferentes instancias representativas de la salud mental. En los diferentes capítulos que conforman el documento, se consolidan políticas para generar intervenciones efectivas en procura del cuidado de la salud de los individuos vinculados con el Subsistema de Salud de las FF. MM.

1 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2009.

2 Reporte consolidado por DGSM de las estadísticas reportadas por las DISANES y HOMIC. 2011

INTRODUCCIÓN

En concordancia con los informes nacionales e internacionales acerca del panorama de salud mental en las últimas décadas, se hace necesario formular estrategias de intervención encaminadas a generar acciones concretas sobre la prevención de los trastornos mentales y sus consecuencias en las diferentes áreas de vida de las personas. La presencia de trastornos mentales no solo se identifica en población civil, también se evidencia en el contexto militar; más aún, en países como Colombia, donde los efectos del conflicto interno por su intensidad y duración podrían exacerbar cuadros psicopatológicos que terminarían expresándose en la vida militar o en aspectos de la vida personal (Plan Maestro de Salud Mental, 2007)[3].

En respuesta a esta necesidad, desde 1995 se propuso la creación del proyecto Plan de Salud Mental, cuyo objetivo se orientó a "velar por la salud del individuo promoviendo acciones que busquen su bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida, otorgando la posibilidad de orientar los esfuerzos en el logro de bienestar integral de la comunidad que conforma las Fuerzas Militares"[4]. Consideró en sus lineamientos, integrar las Fuerzas Militares y el Hospital Militar Central dentro de una estrategia de prevención primaria, secundaria y terciaria, como posibilidad de mejoramiento de la calidad asistencial, retomando un enfoque biopsicosocial, que mejorara el bienestar del servicio. En este documento se establecieron objetivos centrales como mejorar la calidad de vida e incrementar el sentimiento de bienestar de la población; disminuir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y minimizar las secuelas de dichas alteraciones. Este plan trajo consigo el fortalecimiento de los equipos en salud mental en las diferentes instituciones de sanidad militar y con ello se pretendió dar una mayor cobertura de atención en esta área a los integrantes del sistema de salud de las FF. MM.

En el año 2007 se construyó el Plan Maestro de Salud Mental 2007-2010[5], como respuesta al aspecto psicológico implícito en el éxito operacional y a las condiciones político-militares de ese momento en el país. Se destacó la importancia que tienen los denominados "pedagogos de la prevención" para dejar en claro el papel que juegan las estrategias de prevención y promoción cuando de salud mental se trata. Con este propósito se fijaron tres líneas de acción: crisis humanas, el sentido del trabajo y el desarrollo humano, todas ellas orientadas a constituirse en un desafío interesante para los profesionales de la salud mental y las instituciones de salud que conforman el Subsistema de Salud de las FF. MM.

El Plan resalta el interés fundamental de quienes actúan en el escenario de la salud mental en torno al cuidado humano a lo largo de su ciclo vital, y en los diferentes contextos donde se desenvuelven. En las FF. MM. implica, también, proveer atención y cuidado al personal vinculado con su servicio por el país y extensivo al momento en que retorne a la vida civil, consciente de su rol transformador de la realidad[6].

3 Plan Maestro de Salud Mental para los FF. MM. de Colombia. 2007.

4 Proyecto de Plan Maestro de Salud Mental.

5 Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. DGSM. Bogotá. 2007.

6 Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. DGSM. Bogotá. 2007.

Los planes anteriores de 1995 y 2007 se constituyen en invaluables esfuerzos por consolidar la atención en salud mental como un principio y fin que fortalece la condición de nues- tros hombres y mujeres; respalda la labor de muchos profesionales desde sus diferentes áreas de trabajo, reconociendo en el militar, sus familias y el personal civil al servicio de las FF. MM. como clave del trabajo y apoyo para cumplir con la misión institucional.

En el presente Plan Maestro se parte de asumir al militar como un ser valioso caracterizado por su amor a la patria y a la humanidad, pues ha decidido sacrificar o posponer la satisfacción de sus necesidades personales y familiares, por exponerse a riesgos y situa- ciones adversas, para entregar sus mejores años, esfuerzos y en ocasiones su integridad física e incluso su vida, por el noble fin de contribuir a alcanzar y mantener una convi- vencia pacífica que permita el desarrollo de la Nación. Gracias al compromiso del per- sonal militar, los colombianos disfrutan sus derechos, sabiendo que la integridad y soberanía de un Estado está basada en la valentía y el sacrificio de cada uno de sus soldados.

Una forma fehaciente de demostrar al personal militar aprecio por su esfuerzo y reconocer los riesgos a los que está expuesto, día tras día, es garantizarle unos servicios de salud mental integrales, tanto para él como para sus beneficiarios, que amortigüen el im- pacto psicológico de la guerra, el desastre, la muerte, las mutilaciones, el distanciamiento de sus redes de apoyo, entre otros.

El militar, por sus condiciones de exposición y vulnerabilidad, merece que el valor de su vida y su salud mental se manejen como un bien supremo a preservar, cultivar y recuperar, en lo posible, mediante acciones articuladas y continuadas de promoción y prevención, detección e intervención oportuna en situaciones de crisis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integrales.

Es necesario consolidar una política para la salud mental de los militares que brinde solidez, continuidad y respaldo a un Plan Maestro Integral de Salud Mental, una política que destine los recursos humanos, físicos, tecnológicos y económicos para abordar de una manera comprensiva el mejoramiento continuo de la calidad de vida y el desarrollo integral humano de los militares, armonizando los objetivos personales, familiares, sociales y espirituales, con la misión constitucional asignada. Para ello, es indispensable emplear todos los recursos investigativos, psicoeducativos, psicoterapéuticos y psicofarmacológicos disponibles.

Se hace énfasis en calidad de vida, pues es un valor, una aspiración del ser humano, plasmado como la percepción de factores que influyen en la satisfacción y el bienestar como proyección, autoaceptación, adaptación al medio, estabilidad socioafectiva e integridad física; unos factores puntuales y medibles en los que se puede intervenir para su mejora- miento desde los diferentes niveles y discipli- nas, para fomentarlos como elementos de la salud mental, que van a amortiguar el im- pacto de eventos traumáticos y disminuir la aparición de trastornos mentales. Desde ahí, se pretende empezar a trabajar en generar un conjunto de condiciones de vida que valga la pena vivirse y disfrutarse, que favorezcan la plenitud y la felicidad del ser humano, para que las “opciones” del suicidio o el sin sentido no tengan espacio ni relevancia.

Ahora bien, esta política así planteada para su ejecución, evaluación y redireccionamiento requiere un Plan Maestro Integral definido como un conjunto de programas, proyectos y actividades articulados para el mejoramiento de la calidad de vida, el desarrollo integral humano, la promoción, la prevención, la re- cuperación y la rehabilitación en salud men- tal, de los miembros de las Fuerzas Militares y sus familias, de tal manera que este sueño se materialice en hechos concretos, observables, medibles y reproducibles, donde el personal al servicio de las FF. MM., su familia, su comunidad y la Institución Castrense sean artífices de su propio cambio y evolución y cada uno de ellos se comprometa a ser motor del progreso de esta Nación.

Este Plan Maestro Integral contempla el abordaje de la salud mental en todo el continuum, entendiéndola como un proceso dinámico de interacción entre el individuo activo, con su herencia, su ambiente familiar, comunitario, sociocultural; y la accesibilidad a servicios

de salud, para un óptimo desarrollo de sus potencialidades. Desde esta perspectiva, se conceptualiza la prevención como una facultad específica de los seres humanos de anti- ciparse a hechos que podrían afectar su salud o la de quienes los rodean, a través de las capacidades de automonitoreo y autorregu- lación frente a situaciones de riesgo.

Por ello, el trabajo preventivo en este Plan abarca desde los procesos de reclutamiento, selección e incorporación del personal, inducción a la vida militar, instrucción y entrenamiento; se centra en la promoción de la salud mental y la calidad de vida, aunque también tiene en cuenta la prevención específica de eventos en salud mental críticos como las adicciones, la depresión y el suicidio. Fortalece la vigilancia epidemiológica y la intervención temprana en situaciones de crisis para evitar complicaciones. Hasta aquí, el Plan procura evitar la aparición de trastornos mentales, pero se comprende que es inevitable que algunos miembros de la Institución o sus familiares desarrollen psicopatología, y para ellos este Plan también plantea un programa de atención clínica integral soportado por el desarrollo y actualización de guías de manejo basadas en la evidencia científica disponible, de tal manera que se pueda contribuir a desestigmatizar a la persona con enfermedad mental, brindándole un tratamiento óptimo y facilitándole su rein- tegración familiar, laboral y social.

Teniendo en cuenta que dentro de la concepción del proceso salud-enfermedad se incluye la accesibilidad a servicios de salud, es fundamental optimizar la oferta requerida, desde ya insuficiente (se requeriría de un psicólogo por lo menos por cada 500 perso- nas, destinado exclusivamente a las tareas de salud mental) para satisfacer la deman- da de atención que tenderá a incrementarse con el desarrollo de las actividades contem- pladas, así como brindar capacitación con- tinua a los profesionales de la salud mental para optimizar su trabajo preventivo y clí- nico. También se requiere continuar con el apoyo decidido de los capellanes, los educadores, los comandantes a todos los niveles, es decir, se define la tarea de capacitar e involucrar a todos los actores del proceso como partícipes activos del cambio.

Para materializar esta propuesta, es necesario continuar consolidando las acciones desde el ente coordinador y asesor a nivel de la Dirección General de Sanidad Militar, que direccione, controle y retroalimente las acciones del Plan y se gestionen los recursos necesarios, con el fin de integrar esfuerzos para así mejorar los resultados. Los miem- bros de las FF. MM. más allá de portar un uniforme diferente, son en esencia simila- res y complementarios, es entre todos y no aisladamente que se cumple con la misión constitucional asignada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Formular estrategias, programas, proyectos específicos de promoción, prevención, inter- vención, rehabilitación e investigación como marco de referencia a las Fuerzas Militares en las áreas de Salud Mental, orientados a fo- mentar condiciones y estilos de vida donde se reconozca el bienestar biopsicosocial acorde con la naturaleza y la misión de la Institución y del contexto nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Integrar la salud mental dentro de un modelo de atención primaria al interior del Subsistema de Salud de las FF. MM. (SSFM), a través de la identificación e intervención temprana de factores de riesgo psicosocial y factores protectores que promuevan el bienestar psicológico mediante la adopción de estilos de vida saludable.
2. Fortalecer y estandarizar los procesos e intervenciones de diagnóstico oportuno y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento, cumpliendo con modelos terapéuticos soportados científicamente.
3. Consolidar y estandarizar la intervención psicológica en los procesos de evaluación al ingreso, instrucción, control periódico y manejo de incidentes críticos en la vida militar, de forma que se asegure el desarrollo de habilidades y recursos psicológicos que induzcan al manejo asertivo de situaciones que exigen resiliencia en el personal, especialmente aquel comprometido con las operaciones militares.
4. Fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica en salud mental, así como la formulación y establecimiento de líneas de investigación que promuevan el conocimiento del comportamiento humano en el contexto militar, base fundamental para la implementación y desarrollo de estrategias efectivas de promoción, prevención, intervención y rehabilitación.







Capítulo I

PLATAFORMA ESTRATÉGICA EN SALUD MENTAL DEL SSFM

Cada una de las instituciones públicas tiene la tarea de contribuir con iniciativas orientadas a cumplir con el propósito de favorecer e impactar positivamente sobre la población. En relación con las Fuerzas Militares, considerada de acuerdo a la opinión pública, la institución de mayor respaldo y credibilidad, corresponde dar ejemplo de entrega y servicio incondicional a la Patria. Sin embargo, al ser la profesión militar de alto riesgo, permanentemente se está enfrentando a innumerables circunstancias adversas que conllevan la necesidad de brindar y mantener una constante prioridad respecto a su salud física y mental.

De esta manera, se propone el desarrollo del denominado Plan Maestro Integral de Salud Mental, como una estrategia fundamentada en los objetivos y alcance de promover y fomentar la salud mental de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). Se busca consolidar acciones que, al ser implementadas en el país, puedan otorgar un punto de trabajo fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población.

Misión área de salud mental

Fomentar, mantener y fortalecer la salud mental de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a partir de la formulación, ejecución y evaluación de estrategias de promoción, prevención, intervención, rehabilitación e investigación, propendiendo por una óptima calidad de vida que coadyuve al cumplimiento de la misión institucional con énfasis en el personal directamente comprometido con las operaciones militares.

Visión área de salud mental

Consolidar de manera progresiva en los próximos años un modelo de abordaje integral de la salud mental para las Fuerzas Militares, que con el liderazgo y compromiso de un personal altamente competente, un uso racional de los recursos, y la participación activa de todos los niveles del mando, logre impactar favorablemente la calidad de vida y el bienestar psicosocial de los usuarios y beneficiarios del Subsistema, fortaleciendo la imagen favorable de la Institución en el cabal cumplimiento de su misión de garantizar la seguridad y defensa nacional.

Política de salud mental para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Tal como lo plantea la Política Nacional de Salud Mental enunciada en el año 2007, “las condiciones de salud mental de los colombianos influyen significativamente en el desarrollo económico y social del país, en el desarrollo y bienestar de individuos, familias

y colectivos, en las situaciones de seguridad y convivencia del país y en las formas de relación que se dan en la vida cotidiana entre sus habitantes. La salud mental hace parte de todos los ámbitos del quehacer nacional y configura la manera como los colombianos entendemos el mundo, nos entendemos, nos relacionamos e interactuamos. Reconocer explícitamente esta influencia exige saber que la salud mental afecta en forma relevante la vida presente y futura de los colombianos. Supone, también, considerar la salud mental desde una perspectiva de derechos y desarrollo, no solo de atención"[7]. Siendo la misión constitucional de las Fuerzas Militares "la defensa de la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y la vigencia del orden constitucional, para contribuir a la seguridad y la convivencia de la población y sus recursos, y garantizar el Estado Social de Derecho", corresponde a sus integrantes ser modelo de conducta que responda con honor a la misión encomendada.

El Plan Maestro Integral en Salud Mental para las Fuerzas Militares busca dar respaldo a una realidad humanizante, preventiva, participativa y rehabilitadora de los usuarios del Subsistema de Salud, que posibilite la optimización de los recursos; de acciones comprometidas y conjugadas que resalten y respeten los principios éticos del ser humano y responda con los retos que plantean los distintos escenarios de la Institución Castrense.

Disponer de una política de salud mental posibilita una serie de beneficios, como incrementar el nivel profesional del personal tanto en el manejo de la guerra como en escenarios de paz, respetar y promover los derechos humanos de la población civil y su relación con la población militar, con la oportunidad de una mayor visibilidad ante la sociedad de la misión institucional. Los propósitos de una política en este campo se concentran en promover la salud mental de la población vinculada con el Subsistema de Salud de las FF. MM. (SSFM), prevenir el impacto de los problemas psicosociales y las consecuencias de los trastornos mentales del personal vinculado, en sus familias, comunidades y la Nación.

A continuación se presenta la descripción de los principios propuestos por el documento Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia (2005), adaptados a la población del SSFM.

Continuidad: Los servicios de salud mental deben ser provistos con la regularidad y durante el tiempo que se requiera, en reconocimiento de que la continuidad influye en la calidad y en la eficiencia de los servicios.

Integración funcional: Dado el carácter inter y transdisciplinario de la salud mental, se promueve el trabajo concertado y articulado con las disciplinas de la salud, humanas y sociales que intervienen en salud mental.

Promoción y protección de los derechos humanos: El marco normativo en salud mental reconoce la importancia de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas; sus familias y sus comunidades, con problemáticas psicosociales; individuos con trastornos mentales o del comportamiento, con el fin de evitar el estigma y la discriminación, favoreciendo la integración en las esferas de funcionamiento social.

Participación del personal militar y sus familias: Se fortalecen los factores protectores y las acciones de sostenimiento de la calidad de vida y el bienestar biopsicosocial del personal militar y sus familias, en concurso con los comandantes, compañeros y subalternos como agentes promotores de salud mental.

En resumen, los principios expuestos propenden, entre otros, por la consecución de objetivos como fomentar la calidad de vida del personal, mejorar la motivación, retener al personal altamente calificado, mantener y fortalecer la imagen institucional, proteger la salud mental y el bienestar general de la población del SSFM.

1. MARCO JURÍDICO

Está constituido por un conjunto de normas del orden nacional y algunos documentos relacionados con salud mental.

7 Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Minprotección. 2007.

Ley 1090 de 2006	Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético.
Ley 1306 de 2009-Discapacidad mental	Definición y manejo clínico y legal de las personas con discapacidad mental.
Ley 1438 de 2011	Tratamiento integral en salud mental haciendo énfasis en población vulnerable y mujeres.
Ley 1471 de junio 30 de 2011	Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares, y personal no uniformado de la Policía Nacional.
Acuerdo No. 002 (abril 27 de 2001) Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional	Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, incluyendo las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental.
Acuerdo No. 014 (octubre 18 de 2001) Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional	Por el cual se definen las políticas generales, planes y programas, y se señalan los lineamientos generales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública en el SSMP.
Decreto 1795 de 2000	Se estructura el Sistema de Salud de las FF. MM. y de Policía.
Decreto 1796 de 2000	Por el cual se regula la evaluación de la capacidad psicofísica y de la disminución de la capacidad laboral.
Directiva Ministerial No. 19 de septiembre 5 de 2005	Políticas del Ministerio de Defensa Nacional para el fortalecimiento de los programas en materia de Salud Mental.
Directiva Permanente No. 130010 /2007	Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares.
Plan Nacional de Salud Pública 2006-2010	Establece dentro de sus prioridades la salud mental; disminuir las enfermedades y la discapacidad.
Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. DGSM. Bogotá. 2007	Fijar lineamientos y políticas de carácter general que guiarán a los profesionales de la salud mental en el desarrollo de programas, proyectos y acciones al interior de las Fuerzas Militares.
Lineamientos para una política de salud mental para Colombia, 2005	Establece pautas relacionadas con principios y lineamientos en salud mental.
Política Nacional de Salud Mental 2007	Estructurar una versión final de la política, resultado de la contribución de todos los sectores y grupos de interés, así como convenir y establecer los compromisos para su ejecución.
Plan de Salud Pública 2010	Cita el artículo 49, Decreto 3039 de 2007 que adopta el Plan Nacional de Salud Pública.

Tabla 10. Normatividad en salud mental.

2. MARCO ÉTICO

Durante el siglo XX, la salud se fue convirtiendo progresivamente en un bien público promovido y estimulado por los gobiernos. El ser humano, como eje central de las intervenciones en el mundo, reconoce la importancia de identificar y mantener un concepto amplio de sus valores, necesidades, así como sus aportes en pro de la vida y de la trascendencia. La evolución del concepto de salud ha llevado a un abordaje de carácter interdisciplinario en el cual participan los profesionales de las diferentes disciplinas relacionadas con el hombre y su salud. Se ha eliminado el carácter estático de los conceptos de salud y enfermedad; en su lugar, se ha optado por considerarlos como procesos de carácter dinámico y cambiante, por lo cual la práctica médica y de otros profesionales en salud se ha reorientado en diferentes líneas. Una de ellas privilegia la prevención sobre la curación, y otras se centran en incrementar la calidez y equidad en el trato a los pacientes, favoreciendo al mismo tiempo su participación en la toma de decisiones y en la realización de acciones dirigidas al cuidado de su salud y la prevención de la enfermedad[8].

Para los usuarios del SSFM, el abordaje de la atención en salud define en su naturaleza centrarse en las personas, quienes desean contar con valores como oportunidad, integridad y equidad en las acciones sobre su salud. Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de satisfacer sus demandas, resaltando valores como comprensión, respeto y confianza. Los usuarios desean que su atención se organice en torno a sus necesidades, respeten sus creencias y se tenga presente su situación particular.

Para el caso de la salud mental, la atención de las personas requiere que los profesionales puedan disponer de las condiciones necesarias para dar cumplimiento con los elementos de tipo legal, social y disciplinar que guíen estas acciones. En los grupos de trabajo se incluye el psicólogo, el psiquiatra, el médico general, trabajador social, terapista ocupacional, enfermero y el orientador espiritual como gestores centrales y partícipes activos.

Todos aquellos que se vinculan con la salud mental del Sector Defensa deberán reconocer la responsabilidad de cumplir con los principios, acciones y estrategias de evaluación que tendrá su ejercicio, de tal manera que sea coherente con lo que es, piensa, dice y hace con todas las personas que se relaciona en su ejercicio profesional.

Los psicólogos darán cumplimiento al Código Deontológico emanado y difundido por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2011), así como a los decretos y leyes que favorecen el ejercicio de la profesión (Ley 1090 de 2006) y que definen las condiciones en las cuales se lleva a cabo su labor en los diferentes planos de atención: individual, grupal y comunitario.

Por su parte, los demás profesionales atenderán de igual manera los códigos de ética que dan cuenta de las condiciones que determinan su profesión.

3. MARCO CONCEPTUAL

En el presente Plan Maestro Integral de Salud Mental se visualiza al ser humano como un individuo único, irreemplazable, con dimensiones biológica, psicológica, sociocultural y espiritual; con capacidad de razonamiento, autodeterminación y búsqueda de un sentido trascendente a su existencia.

Las Fuerzas Militares se convierten en una de las instituciones a través de las cuales el Estado promueve el desarrollo de la población, señalándola como fuente de prácticas de comportamiento ejemplarizante ante el resto de instituciones y, por supuesto, ante los otros grupos humanos existentes al interior del país. A la luz de esta perspectiva, es imprescindible dar continuidad al trabajo desarrollado por las diferentes instancias, las cuales procuran el mantenimiento de la salud mental de los miembros que las conforman, haciendo extensivo su trabajo hacia sus familias, por representar para estos su primer grupo de interés.

8 Ortiz, G. (2005) Bioética y psicología de la salud. En Psicología de la salud: Temas actuales de investigación en Latinoamérica. Ed. Flórez, Botero y Moreno. Colombia.

3.1. Salud mental

En la actualidad salud mental se conoce, en términos generales, como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y relacional para alcanzar un bienestar y calidad de vida. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y el potencial emocional, entre otros. Sin embargo, precisiones de la OMS establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental, y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

Un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedad mental" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un trastorno mental no indica necesariamente que se tenga salud mental. La salud mental es un estado que todos queremos poseer, independientemente de si lo designamos o no con ese nombre. Cuando se habla de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre se está refiriendo a salud mental.

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se posee.

Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de carga de morbilidad en todo el mundo. Se prevé que el porcentaje de la morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y de comportamiento, aumente al 15% en el año 2020[9]. Se han realizado estudios donde se determinó que los problemas de salud mental entrañan costos económicos y sociales muy altos. Las consecuencias sociales de los trastornos mentales para los pacientes y sus familias pueden ser, entre otras, el desempleo, la destrucción de las redes sociales, la estigmatización, la discriminación y una menor calidad de vida; y en términos laborales, para las personas vinculadas con Instituciones Militares, supone una disminución de la capacidad de combate y por ende una afectación de la actitud combativa. Hoy, el quehacer en salud mental integra aspectos biológicos, psicosociales y culturales, y tiene sentido no solo en la población que presenta trastornos mentales, sino fundamentalmente en la denominada población sana.

A nivel social y comunitario, la salud mental aparece como una expresión cultural inscrita en el contexto sociofamiliar desde el cual el individuo adquiere un particular estilo cognoscitivo para interpretar la realidad y enfrentar la vida, generando conductas individuales y colectivas vinculadas al desarrollo y a la productividad.

Para el Ministerio de la Protección Social[10], la salud humana debe ser un ejercicio holístico y, por consiguiente, integral que involucra aspectos biopsicosociales en los cuales se tiene en cuenta la interacción del hombre con el medio y su capacidad para transformarlo y de manera recíproca transformarse a sí mismo.

Para efectos de este Plan, el concepto de salud mental será entendido con los planteamientos de la OMS como "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"[11].

Asumir de esta forma la salud mental supone aceptar que es una fuerza transformadora que impulsa y coadyuva al desarrollo, ejercicio y garantía de los derechos, contribuye a la solución de los problemas del país (conflicto armado y sus secuelas), mitiga el sufrimiento derivado de las vicisitudes de la vida cotidiana y de situaciones específicas (discapacidad, deterioro de las condiciones sociales) y posibilita la atención de los trastornos. Condiciones como la guerra, el desplazamiento y la violencia son entendidas, en el campo de la salud mental, no solo desde los efectos que

9 Prevención de los trastornos mentales, intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004.

10 Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Minprotección. 2007.

11 OMS 2010.

generan en quienes padecen estas condiciones, sino también en términos de la sociedad y las relaciones que en ella se producen y que hacen que estas sean posibilidades humanas.

Existe una clara relación entre los determinantes generales, particulares e individuales y la presencia o ausencia de problemas mentales (Hosman y Saxena, 2005) citados por Política Nacional de Salud Mental (2007). Entre los determinantes sociales, ambientales y económicos se encuentran la pobreza, la guerra, la migración, la marginación, la violencia, la participación y apoyo social. A nivel familiar se mencionan, por una parte, la desorganización o conflicto familiar, las dificultades de comunicación, la violencia intrafamiliar, la enfermedad mental, el consumo de sustancias psicoactivas, los problemas perinatales, las alteraciones del desarrollo cognitivo o emocional, la enfermedad física, la discapacidad y las destrezas laborales pobres, y por otra, la interacción positiva entre padres e hijos, la crianza adecuada, el desarrollo de habilidades para la vida y las habilidades sociales, entre otros aspectos.

Intervenir los determinantes ha mostrado, desde los diferentes modelos de concepción de la salud mental, ser efectivo en la prevención de problemas mentales. Este Plan de Salud Mental Integral pretende acoger las recomendaciones dadas por instituciones representativas a nivel mundial sobre la salud, recoger las experiencias de profesionales vinculados con el sistema de salud para las FF. MM. y los datos ofrecidos por las instituciones vinculadas al sector salud que se encarga en sus diferentes niveles de brindar atención a las personas vinculadas con el régimen especial en salud para las FF. MM.

En consonancia con los conceptos emanados por la Organización Mundial de la Salud en torno a la salud mental, se encuentran los planteamientos de Jahoda[12] acerca de los aspectos positivos de la salud mental, cuando se está considerando implementar programas y proyectos encaminados a promover el desarrollo personal y un funcionamiento óptimo.

A partir de este modelo de salud mental positiva se derivan algunos criterios generales, que a su vez se desglosan en varias dimensiones:

1. Actitudes hacia sí mismo
2. Crecimiento y autoactualización
3. Integración
4. Autonomía
5. Percepción de la realidad
6. Dominio del entorno

Complementa lo anterior los conceptos relacionados con calidad de vida, tópico altamente vinculado con la salud mental. Karschnig[13] menciona que calidad de vida es un concepto que hunde sus raíces fuera del campo de la salud, en el marco de la salud positiva y en la investigación de los indicadores sociales que tuvieron gran despliegue entre 1960 y 1970. Las discusiones de ese momento giraban en torno al interrogante respecto a cuál es el grado de armonía que debe existir en una persona, y entre esa persona y su mundo –calidad de vida– a la que aspiran el propio paciente, los médicos y la sociedad.

Hacia la década de los noventa, se observó un incremento notorio en los estudios relacionados con calidad de vida y los aspectos psicosociales de las enfermedades. Hoy en día, el modelo biopsicosocial de la enfermedad no ha alcanzado una aceptación tan amplia en la bibliografía médica, como la que ha conseguido el concepto de calidad de vida.

Angermeyer y Kilian citados por Karschnig[14] mencionan que existen tres modelos para entender la calidad de vida: (a) el modelo de satisfacción subjetiva (el modelo de calidad de vida) experimentado por un individuo, depende de que sus condiciones de vida reales se ajusten a sus necesidades y deseos; (b) modelo combinado de satisfacción subjetiva e importancia (que otorga diferentes valores a los distintos dominios vitales), y (c) el modelo de desempeño de rol (el individuo disfruta de una buena calidad de vida) si se desenvuelve adecuadamente en sus diversas funciones (sociales, familiares, laborales) y

12 Jahoda, citado por Llunch 1999. Construcción de una escala para evaluar la salud mental.

13 Calidad de vida en los trastornos mentales. España. Karschnig (2006).

14 Karschnig (2006).

sus necesidades están satisfechas de manera apropiada.

En el campo de la atención de salud mental, el concepto de calidad de vida se ha convertido en un auténtico "grito de guerra" para todos aquellos que luchan por integrar a la asistencia clínica la experiencia subjetiva del paciente durante su enfermedad, principalmente a través de la valoración de sí mismo y de su proceso de enfermedad. De acuerdo con estos planteamientos, se hace necesario identificar los propósitos que conllevan las acciones donde las condiciones del individuo frente al trabajo, su vida familiar, su satisfacción personal y la disponibilidad y acceso a los recursos, puedan ser incorporados en los planes y proyectos orientados a favorecer su salud mental y mejorar la calidad de vida.

En consecuencia, se requiere la formulación y puesta en marcha de proyectos de investigación tendientes a delimitar este concepto aplicado al contexto, en particular donde se desarrollen los objetivos de trabajo en salud mental. Frisch (2000) propone que la valoración de la calidad de vida para el fundamento de las intervenciones esté centrada en la potencialización de la calidad de vida, más que sobre los síntomas que acompañan los trastornos mentales.

Las intervenciones en salud mental tienen como objetivo la prevención de los trastornos y la recuperación/rehabilitación de los enfermos. Sus objetivos se concentran en ayudar a las personas para que desarrollen las habilidades mentales, emocionales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en el contexto social en el cual se desenvuelven. Estas intervenciones pueden incluir el manejo de sus características particulares, así como los ajustes en el contexto frente a las necesidades individuales, fundamentadas en la motivación hacia el cambio y su potencial frente al desarrollo humano.

3.2. Equipo Interdisciplinario en Salud Mental

Uno de los grandes aportes del Plan Maestro en Salud Mental 2007-2010 se relaciona con el trabajo interdisciplinario en Salud Mental para las FF. MM., el cual describe los fundamentos[15].

La interdisciplinariedad constituye un marco filosófico y metodológico que caracteriza la práctica científica e interventiva. Consiste en la búsqueda sistemática de integración de las teorías, métodos, instrumentos y, en general, fórmulas de acción de diferentes disciplinas, a partir de una concepción multidimensional de los fenómenos y del reconocimiento del carácter relativo de los enfoques científicos por separado. Es una apuesta por la pluralidad de perspectivas.

Esa interacción da como resultado la intercomunicación y el enriquecimiento recíproco que no se refiere a una suma sino a una transformación de los enfoques con que se aborda un objeto específico, en este caso, la salud mental integral.

La interdisciplinariedad se nutre de la visión ontológica de que la realidad puede ser explicada desde distintos enfoques que permiten interpretar los fenómenos de manera más completa. Desde el punto de vista epistemológico, la interdisciplinariedad trata de unificar el campo de acción de las disciplinas que estudian los hechos y fenómenos sociales.

Un concepto que usualmente se vincula al de interdisciplinariedad es la transdisciplinariedad. Esta última concierne a lo que simultáneamente es entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente, uno de cuyos imperativos es la unidad del conocimiento.

De esta manera, se plantea el reto de que el trabajo en salud mental en las Fuerzas Militares se constituya en un quehacer disciplinario, pluridisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario; condición que asegurará un impacto definitivo y el logro de los objetivos trazados en la prevención y promoción de la salud mental.

Dentro del contexto de las Fuerzas Militares, se hace necesario conformar y reconocer profesionales vinculados con los objetivos de salud mental: psiquiatras, psicólogos, traba-

15 Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. DGSM. Bogotá. 2007.

jadores sociales, terapeutas ocupacionales y líderes espirituales que puedan dar cumplimiento con los objetivos que se traza este plan. De esta manera, se promueve el concepto de **corresponsabilidad** de las personas que comandan Brigadas, Jefaturas, Batallones, Bases Aéreas y Navales, Comandos Conjuntos, Escuelas de Formación y todo tipo de estructura militar, para ofrecer una acción preventiva real.

El área de salud mental otorga actualmente reconocimiento a diferentes disciplinas que han generado el fortalecimiento de resultados de la intervención, la reorganización y el uso de la descentralización de los procesos a través de la socialización de los conocimientos de profesionales, los cuales han fortalecido la intervención terapéutica.

3.2.1. Psicología

La psicología se conceptualiza como el estudio del comportamiento de los organismos individuales en interacción con su ambiente; los procesos afectivos e intelectuales subjetivos y el sistema psíquico (homologable a mente, psiquismo, aparato psíquico); son el conjunto de mecanismos funcionales y estructuras que posibilitan dicho estudio y muestran sus diferentes aplicaciones en campos y áreas de conocimiento de otras disciplinas. Por esta misma razón, en salud mental, su ejercicio está orientado a abordar al individuo y su entorno desde diferentes dimensiones, se ocupa de procesos que van más allá de los enfermos, concibe al individuo desde un enfoque más extenso e integral que incluye lo psicosocial y todos los contextos no "patológicos" del individuo-colectivo.

3.2.2. Psiquiatría

Especialidad de la medicina que se encarga de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de la participación en equipos interdisciplinarios para abordar la promoción de la salud mental. Su papel primordial dentro de un equipo de salud mental es ofrecer tratamiento integral a las personas que desarrollan trastornos mentales, no solo con terapias farmacológicas, sino con investigación científica que permita direccionar estrategias de promoción, prevención, rehabilitación e inclusión; servir de puente entre las demás disciplinas que abordan lo psicológico y sociocultural y la medicina; valorar y manejar el riesgo de auto/heteroagresión, y emitir conceptos sobre la presencia o ausencia de trastornos mentales que afecten la capacidad psicofísica especial requerida por el personal militar.

3.2.3. Trabajo Social

El trabajador social en el área de salud mental profundiza en prevención y promoción de los factores sociales relacionados con la salud y enfermedad, detección de casos, orientación y rehabilitación de los pacientes. Identifica, a partir de la valoración sociofamiliar, actores de riesgo y vulnerabilidad, factores protectores, diagnóstico sociofamiliar, plan de tratamiento y recursos de redes primarias, secundarias y terciarias.

El Trabajador Social promueve acciones orientadas a la participación, en los que se divulguen y discutan los derechos y deberes individuales y familiares frente a la prevención, promoción, rehabilitación como inclusión social adecuada y mantenimiento de la salud.

3.2.4. Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional es una disciplina social y humanista que busca que la persona con algún tipo de limitación sea capaz de enfrentar y adaptarse a las demandas de su medio ambiente. Facilita el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones especiales para la adaptación y productividad, busca disminuir o corregir patologías y promover y mantener la salud.

Como miembro del equipo interdisciplinario en el área de salud mental, evalúa y trata las dificultades de funcionamiento que se presentan en el paciente con enfermedad mental, a través de la inclusión e intervención de tres competencias ocupacionales fundamentales, como son: trabajo, ocio y las actividades de la vida diaria (instrumentales). El profesional está dedicado a mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo

tanto en él como en su red de apoyo inmediata el mayor funcionamiento autónomo y la integración a su entorno.

3.2.5. Orientador espiritual

La palabra espiritualidad proviene de la raíz latina spiritus, que significa "aliento", y hace referencia al aliento de vida. Su significado se relaciona con la dimensión profunda de la realidad y con un sistema interno de creencias que le da sentido a la existencia de las personas. La espiritualidad no se condiciona necesariamente a practicar una religión o tener una creencia en particular. Es un sentimiento o estado mental intensamente personal, que bajo los dogmas religiosos se puede manifestar en códigos de conducta.

4. LÍNEAS DE ACCIÓN

Línea de acción es la directriz fundamental macro que orienta conceptual y epistemológicamente la intervención. Recoge aspectos fundamentales del quehacer profesional y responde a la pregunta del **hacia dónde.** Dentro de cada línea de acción se articulan una serie de estrategias básicas que movilizan la línea y responden a la pregunta del **cómo.** Las líneas dan origen a los programas específicos cuyo desarrollo se realiza a través de las estrategias ya definidas y responde a la pregunta básica del **qué**[16].

El Plan Maestro Integral en Salud Mental formula las siguientes líneas de acción:

16 Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia. DGSM. Bogotá. 2007.

LÍNEA	PROGRAMAS
Promoción y prevención	Promoción: • Resolución de conflictos y manejo de estrés • Estilos de vida saludables (autoesquemas, proyecto de vida) • Familias saludables (adaptación a los cambios de vida, comunicación, pautas de crianza) • Autocuidado del personal de salud mental Prevención: • Adicciones psicológicas y adicción a sustancias psicoactivas • Prevención en suicidio • Abordaje en familia
Atención clínica de trastornos mentales	Desarrollo de guías de intervención en problemas del comportamiento: • Consumo de sustancias psicoactivas • Riesgo suicida • Conflicto de pareja • Duelo • Enfermedad terminal • Adaptación Desarrollo de guías de intervención en transtornos mentales: • Trastorno depresivo • Trastorno bipolar • Trastornos de ansiedad • Reacción al estrés agudo y trastorno de estrés postraumático • Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos • Urgencias psiquiátricas
Salud mental militar	• Adaptación a la vida militar • Entrenamiento psicológico militar • Prevención de estrés de combate • Manejo postsituación crítica • Primeros auxilios psicológicos • Intervención personal secuestrado liberado
Investigación y vigilancia de eventos en salud mental	• Sistemas de vigilancia en salud mental SSFM • Estudios epidemiológicos • Investigación • Indicadores: procesos de evaluación e impacto

Tabla 11. Líneas de Acción Plan Maestro Integral de Salud Mental.







Capítulo II

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

1. MARCO DE REFERENCIA

Comprender la salud mental de los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares lleva a identificar no solo la lectura de un o unos pacientes en particular, sino de sus redes sociales; sus dinámicas familiares, afectivas, emocionales; sus relaciones bidireccionales con instituciones educativas y laborales, entre otras; esa lectura permite desarrollar procesos de promoción que fortalecen las acciones adelantadas en la vida de los individuos; así mismo, la prevención en estos espacios se convierte en una herramienta que posibilita una mejor calidad de vida no solo para el paciente sino, como se mencionó anteriormente, para las personas que lo rodean.

Se reconoce el impacto de la salud mental en las instituciones que llevan un compromiso con las comunidades, sociedades y con el país; por esto, el abordar el bienestar integral físico y mental de los integrantes de las Fuerzas Militares como es el caso, nos lleva a reconocer en estas personas unas vinculaciones que han desvirtuado o fortalecido escenarios de convivencia y socialización, lo que se convierte en uno de los ejes de intervención más importantes, ya que la promoción de una adecuada convivencia favorece nuevas formas de resolución de conflictos, siendo facilitadores activos en situaciones cotidianas que permiten mejorar las formas de vida de las personas, buscando el fortalecimiento de la construcción de vínculos entre la familia, la sociedad y el Estado.

El asumirse como participantes activos de convivencia es una invitación que no solo se hace de forma personal, sino que su interés permite, además, una participación significativa de las familias, comunidades e instituciones, para sus aportes en el desarrollo y recuperación de mecanismos que permitan el control social y la resignificación de formas culturales, basadas en el uso de instrumentos validados para la resolución de conflictos.

Es vital comprender dentro del plan que estos esfuerzos no pueden centrarse en la hospitalización, sino que tienen que ser un compromiso social de participación que, basado en una ética de la acción, promueva una reflexión que intervenga las dinámicas sociales, los imaginarios, las prácticas, para lo cual se requiere apertura y articulación de los diferentes actores.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades son dos conceptos estrechamente relacionados, y se refieren al proceso mediante el cual las personas toman decisiones responsables para mantener o mejorar su estado de salud. La **Promoción de la Salud** se puede definir como el proceso mediante el cual se intenta ayudar a las personas a obtener un control personal de su salud, modificando ciertos hábitos y adoptando un estilo de vida

conducente a un estado óptimo de salud. Sin embargo, el foco no debe estar solamente en cambiar las conductas individuales, sino que debe orientarse a los diversos factores involucrados en la salud, entre ellos, las condiciones ambientales y las políticas y los servicios de salud, en consideración con los objetivos derivados de los enfoques ecológico y comunitario[17].

La promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla[18]; también, se define como el conjunto de medios y estrategias encaminados a procurar la adopción de unos hábitos de vida saludables[19]. La prevención, por su parte, se refiere a un conjunto de estrategias médicas y de salud pública destinadas a reducir la ocurrencia de la enfermedad, o a fomentar, mantener o restaurar la salud cuando se ha producido algún daño.

Promoción de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como "un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento"[20]. Por lo tanto, la salud incluye el funcionamiento mental, físico y social, los cuales están estrechamente relacionados y son interdependientes.

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución No. 02358 de 1998, adopta la Política Nacional de Salud Mental y define la salud mental como: "capacidad que tienen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común".

Existe evidencia que indica que las enfermedades físicas y mentales pueden acompañar, seguir o precederse una a otra. La promoción de la salud mental orienta a la salud mental positiva, considerándola como un recurso, un valor por sí mismo y un derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos[21].

Prevención en salud mental

Desde los primeros días del movimiento de la higiene mental, a principios del siglo XX, se han generado muchas ideas sobre las posibles estrategias para prevenir problemas de conducta y trastornos mentales en niños y adultos. Sin embargo, el desarrollo sistemático de los programas de prevención basados en la ciencia y los estudios de control para probar su efectividad, se inició solo alrededor de 1980.

La prevención en salud mental tiene el objeto de "reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad"[22].

De acuerdo con la información recopilada por la OMS en el 2004, cerca de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta en el mundo. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo.

Se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad,

17 Establishing and maintining; Stokols, 1992.

18 OMS. (2004) Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado: Ginebra.

19 Gallar, M. (2006). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. España: Thompson. 4ª. Ed.

20 OMS, 2001.

21 Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, OMS, 1997.

22 Mrazek & Haggerty. 1994.

sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención.

En su informe compendiado del mismo año, aclaran que los trastornos mentales están inseparablemente vinculados al tema de los derechos humanos; el estigma, la discriminación y las violaciones que sufren las personas y las familias afectadas por trastornos mentales son intensos y profundos, de manera que la prevención efectiva debe influir en el cambio de estas percepciones y modificar la forma en que la sociedad los percibe.

Por lo tanto, es importante que las medidas de prevención estén en concordancia con los principios de igualdad social, de oportunidades y atención de los grupos más vulnerables en la sociedad. Algunos de los ejemplos de estas intervenciones incluyen mejorar la nutrición, garantizar la educación primaria y el acceso al mercado laboral, eliminar la discriminación basada en raza y género y garantizar la seguridad económica.

Una combinación adecuada de programas de tratamiento y prevención en salud mental puede evitar años vividos con discapacidad, reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales y promover el desarrollo del país (OMS, 2004). Dentro del espectro de intervenciones en salud mental, la promoción y la prevención son posibles y ambas cuentan con bases científicas.

De esta manera, la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental necesitan ser parte integral de las políticas de salud pública y promoción de la salud a nivel local y nacional. Deben integrar a los diferentes sectores públicos, tales como medioambiente, vivienda, bienestar social, empleo, educación, justicia penal y derechos humanos.

Durante los últimos quince años se observa que las ciencias sociales, biológicas y neurológicas han proporcionado contribuciones significativas al rol de los factores de riesgo y protección en las vías evolutivas de los trastornos mentales y salud mental deficiente. Los factores de riesgo y de protección, ya sean biológicos, psicológicos y sociales, así como sus interacciones, han sido identifica- dos en diferentes etapas de la vida, incluso en la etapa fetal[23].

Muchos de estos factores son maleables y por lo tanto son objetivos potenciales para las medidas de prevención y promoción. La alta comorbilidad entre los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y problemas sociales, es cada día más clara, por lo que se destaca la necesidad de crear políticas de salud pública integrales, dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, determinantes comunes, etapas tempranas en las trayectorias de problemas múltiples y poblaciones en diferentes riesgos.

El concepto de los factores de riesgo y de protección

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales, cumpliendo con el principio de que la prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública.

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud.

Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Han sido definidos como aquellos que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación[24].

Generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente sa-

23 OMS 2004.
24 Rutter, 1985.

ludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y, finalmente, a un trastorno mental. Los principales de- terminantes socioeconómicos y ambienta- les de la salud mental están relacionados con grandes problemas tales como la pobreza, la guerra y la desigualdad, donde las personas que se encuentran en esta situación, generalmente carecen de alimentos, refugio, educación y salud adecuada, etc., privaciones que no les permiten llevar el tipo de vida que todos valoramos.

Para abordar el rango completo de los factores de riesgo y de protección en los trastornos mentales y generar efectos preventivos en las poblaciones a nivel global, se necesita extender aún más el espectro de las intervenciones efectivas en las próximas décadas. El efecto que causan los factores de riesgo o estresores en una comunidad se conoce con el nombre de **vulnerabilidad.** La vulnerabilidad es un fenómeno perceptible en el cual un cierto nivel de estrés, resulta en conductas desadaptativas. Este concepto alude a una dimensión continua del comportamiento que se orienta desde una adaptación más exitosa al estrés, a una menos exitosa.

Dentro de estos factores de riesgo, los biológicos ofrecen una explicación para la aparición de enfermedad mental; el modelo diátesis-estrés es una teoría psicológica que se usa para describir la aparición de una enfermedad mental que se produce por la interacción de una predisposición hereditaria vulnerable (diátesis), con sucesos vitales estresantes, que precipitan la aparición del trastorno.

Cuanto mayor sea la vulnerabilidad subyacente, menos estrés se necesita para desencadenar la conducta/trastorno. Y a la inversa, cuanto menor sea la contribución genética será mayor el estresante necesario para producir un resultado particular. Incluso así, alguien con una diátesis que le lleve a un trastorno no tendrá necesariamente que desarrollar el trastorno. Tanto la diátesis como el estrés son necesarios para que esto suceda. Este modelo tiene profundos beneficios para las personas que padecen enfermedades mentales severas y persistentes y lo que es más importante, el modelo de estrés-vulnerabilidad-factores de protección ha permitido que los trabajadores de la salud mental, las familias y los pacientes creen un perfil personal sofisticado de lo que ocurre cuando la persona tiene un funcionamiento pobre (la diátesis), qué es lo que le afecta (los estresantes) y qué es lo que le ayuda (factores de protección). Esto ha producido intervenciones más humanas, eficaces y eficientes[25].

Tanto la vulnerabilidad como la protección son procesos interactivos. Ambos, más que ser atributos permanentes o experiencias, son procesos que se relacionan con momentos clave en la vida de una persona. Resulta de mayor precisión utilizar el término de mecanismo protector cuando una trayectoria que era previamente de riesgo, gira en dirección positiva y con una mayor probabilidad de resultado adaptativo. De igual modo, un proceso será considerado de vulnerabilidad cuando una trayectoria previamente adaptativa se transforma en negativa.

Establecido el concepto de factores de riesgo particulares del contexto comunitario, se plantea el campo específico de acción e intervención en prevención primaria. La tecnología de la intervención preventiva quedaría entonces implicada dentro de las siguientes actividades:

La educación: Educación para la salud y todo proceso facilitador de información para el cambio de actitudes y la adquisición de estilos de vida sanos.

Promoción de la competencia, tanto a nivel individual como comunitario.

Prevención en sistemas y organizaciones comunitarias: Reducir las desigualdades sociales, promover la igualdad de oportunidades, reformar prácticas institucionales que puedan generar conflictos psicológicos.

Movimiento de autoayuda y paraprofesionales: No solo facilitar apoyo entre lo social sino también el empleo de paraprofesionales para promover bienestar y reducir incidencia de enfermedad.

25 Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. Págs. 86, 103-126.

Desde una perspectiva terciaria, la educación se dirigirá a alcanzar el máximo desarrollo de las capacidades y aspectos sanos, la reinserción social y la integración familiar.

La educación en salud es, entonces, una combinación de experiencia y aprendizaje para facilitar adaptaciones voluntarias de conductas que promuevan la salud. Implica, también, una educación para el riesgo, estimulando el pensamiento crítico y selectivo de los distintos ambientes. Esto ayudará a anticipar consecuencias de los comportamientos para la salud y fomentará la toma de decisiones personales para reducir los riesgos de enfermedad. La educación para la salud también favorece las elecciones positivas y promueve los cambios en los comportamientos y estilos de vida no saludables o de riesgo[26].

Los programas y estrategias que se formulan en este documento de Plan Maestro Integral de Salud Mental tienen como fundamento los planteamientos de la educación para la salud en una población con características especiales y únicas que conlleva la organización de objetivos y metas que se ajusten a ella. De acuerdo con esto, se respaldan los objetivos de promoción de la salud y, por extensión, las políticas de salud pública de las que la promoción y la prevención constituyen funciones esenciales y estratégicas.

En resumen, las estrategias de intervención que se derivan de los planteamientos anteriores encierran la prevención de la enfermedad y de los problemas de salud, la capacitación de las personas y el fortalecimiento de los contextos en los que estas actividades se desarrollan, aspectos que serán tratados en el presente capítulo.

2. OBJETIVO

Integrar la salud mental con un modelo de atención primaria en el Subsistema de Salud de las FF. MM., a través de la identificación e intervención temprana de factores de riesgo psicosocial y factores protectores que promuevan el bienestar psicológico mediante la adopción de estilos de vida saludable.

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación en materia de Salud Mental orientadas a promover patrones de comportamiento saludable, implica el tener en cuenta entre otros:

- Actividades dirigidas a motivar y orientar a los individuos, familias e institución en el refuerzo, adquisición e implementación de habilidades, que les permita mantener un óptimo nivel de salud mental.
- Búsqueda de ambientes familiares saludables y de convivencia pacífica en prevención de la violencia intrafamiliar, incluyendo: prevención del maltrato al menor, violencia en la pareja, violencia sexual y violencia al adulto mayor.
- Capacitación de comandantes como multiplicadores en salud mental; agentes replicadores de estilos de vida saludables y proveedores de condiciones de bienestar psicológico.
- Mantenimiento de la coordinación intra e interinstitucional para el desarrollo de planes y programas de prevención en salud mental.

3.1. Estrategia de aprendizaje en adultos: andragogía[27]

3.1.1. Principios del aprendizaje en adultos[28]

Andragogía: Es el arte y la ciencia para ayudar a los adultos a aprender, un concepto integrado de la teoría del aprendizaje en adultos, que difiere de la "pedagogía".

26 Costa, M., López, E. (2008). Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid. Ed. Pirámide.

27 Abordaje andragógico del módulo de derechos sexuales y reproductivos con énfasis en VIH/Sida del Mup. Cicatelli Associates Inc. 1 Manual del participante. Bogotá, Colombia. 2011.

28 Malcolm Knowles: The adult learner a neglected species -El aprendiz adulto, una especie olvidada.

Está basada en los siguientes postulados:

POSTULADOS	CONCEPTO	TAREA DEL FACILITADOR
Necesidad de saber	Los adultos tienen que saber por qué necesitan aprender algo antes de intentar aprenderlo.	Ayudar a los adultos a tener conciencia de su necesidad de saber, y de qué manera podrán usar la información.
Autoconcepto del aprendiz	Los adultos son responsables de sus propias decisiones, su autodirección y su aprendizaje.	Ayudar a los adultos a convertirse en autodidactas; a asumir más responsabilidad por su proceso de aprendizaje.
Rol de la experiencia del aprendiz	En cualquier grupo de adultos habrá una variedad de diferencias/experiencias mayor que en un grupo de jóvenes.	Reconocer la necesidad de individualizar las estrategias de enseñanza y aprendizaje.
	Muchas veces, los recursos más fructíferos para el aprendizaje se encuentran entre los aprendices adultos.	Usar técnicas vivenciales que toquen la experiencia de los aprendices, en lugar de depender de técnicas transmisoras.
Disposición de aprender	Los adultos se aprestan a aprender aquellas cosas que necesitan saber y ser capaces de hacer. Esto también está relacionado con el desarrollo y las labores por ellos a desarrollar.	Adecuar la experiencia de aprendizaje para que coincida con las necesidades/labores que desarrolla el aprendiz.
Orientación para el aprendizaje	En su enfoque del aprendizaje, los adultos están orientados a la vida, a las tareas o a los problemas (contrario a estar orientados a un tema específico). Dedicarán toda su energía a aprender algo que les ayude a llevar a cabo tareas o a resolver problemas que ellos enfrentan en situaciones de la vida real. Además, aprenden más fácilmente cuando la información se les presenta en el contexto de su aplicación a situaciones de la vida real.	Ofrecer estrategias de aprendizaje usando situaciones de la vida real o juego de roles, y ayudar al aprendiz a aplicar lo aprendido.
Motivación	Los adultos tienen motivadores externos, pero son más motivados por presiones internas.	Ayudar a los aprendices a usar sus motivadores internos para su propio

Tabla 12. Postulados de la andragogía.

3.1.2. Estilos de aprendizaje[29]

1. El aprendiz visual:

- Aprende mejor de imágenes visuales (la vista)
- Normalmente es muy atento y hace contacto visual
- Tiende a mirar hacia arriba (sube los ojos) cuando trata de recuperar información (recordar algo)
- Quiere las cosas de manera ordenada y pulcra
- Le gusta leer, ver libros y fotos
- Recuerda dónde ha visto cosas
- Se da cuenta de los detalles
- Tiene dificultad para entender/aprender cuando la instrucción es (solamente) oral
- Probablemente no habla mucho; observa a los demás

2. El aprendiz auditivo:

- Aprende mejor mediante estímulos auditivos (el oído)
- Puede parecer indiferente o desatento, pero está totalmente inmerso en lo que está siendo dicho
- No necesita ver la fuente de información, solo necesita oírla
- Puede memorizar fácilmente
- Tiene mala caligrafía

29 Adaptado de Teachers make the difference - Los maestros hacen la diferencia- por Susan Kovalik.

- Le gusta la música
- Conoce todas las letras de las canciones
- Habla mucho; es buen cuentista; cuenta chistes
- Poco sentido del tiempo y el espacio

3. El aprendiz sensitivo:

- Aprende cuando la información llega a través de los sentidos del gusto, el tacto y el olfato
- Confía en la textura, temperatura y presión de los objetos, así como en los sentidos del olfato y el gusto para procesar la información e interpretar el mundo a su alrededor
- Puede parecer hiperactivo
- Necesita suplementos específicos para aprender; tiene dificultad para aprender símbolos abstractos (números, letras) y conceptos
- Puede ser de bajo rendimiento; aparenta ser más inteligente, pero no le va bien en los exámenes, etc.

4. El aprendiz cenestésico:

- Necesita usar todo su cuerpo para recabar y procesar la información
- Bien coordinado
- Usa el baile, el drama y los deportes para ayudarse en el aprendizaje
- Necesita moverse y explorar; no se está quieto
- Disfruta la actividad, hacer cosas con las manos
- Desarma cosas y las arma de nuevo
- Quiere tocarlo todo: toca la pared, las mesas, el marco de la puerta, etcétera.

ETAPAS DE LA FORMACIÓN DE GRUPOS	
ETAPAS	**TAREAS DEL FACILITADOR GRUPAL**
Formación de la Preafiliación	• Permite distancia. • Facilita la exploración de ideas. • Introduce, define y estructura grupo. • Ayuda a los miembros a familiarizarse. • Provoca confianza/conductas confiables. • Crea oportunidades para el éxito. • Minimiza la interacción competitiva.
Introducción Poder & Control	• Mantiene un sano balance del poder. • Clarifica la existencia y la naturaleza de las etapas. • Acepta rebelión como normal. • Provoca luchas de poder en el grupo y en su diario vivir.
Normalizando relaciones íntimas	• Reconoce el crecimiento grupal. • Estimula conflictos. • Clarifica sentimientos nuevos. • Conocimiento de relaciones más íntimas. • Ayuda a los miembros a comprometerse a cumplir los objetivos grupales.
Realización Diferenciación	• Continúa observando crecimiento grupal. • Aclara la identidad grupal y su interdependencia. • Actúa como consultante del grupo, provee los recursos necesarios.
Finalización Separación	• Expresa confianza en las habilidades de los miembros del grupo. • Se enfoca en evaluación de la experiencia grupal. • Ayuda a los miembros a expresar ambivalencia. • Aclara la posterior disponibilidad grupal. • Ayuda a los miembros a tomar la experiencia grupal a sus vidas.

Tabla 13. Etapas de la formación de grupos.

3.1.3. Ciclo del aprendizaje vivencial

Los capacitadores pueden utilizar el ciclo de aprendizaje vivencial para ayudar a los participantes a procesar su propia experiencia durante la capacitación y para que puedan aplicar lo aprendido a situaciones de la "vida real". Las etapas del Ciclo de Aprendizaje Vivencial son:

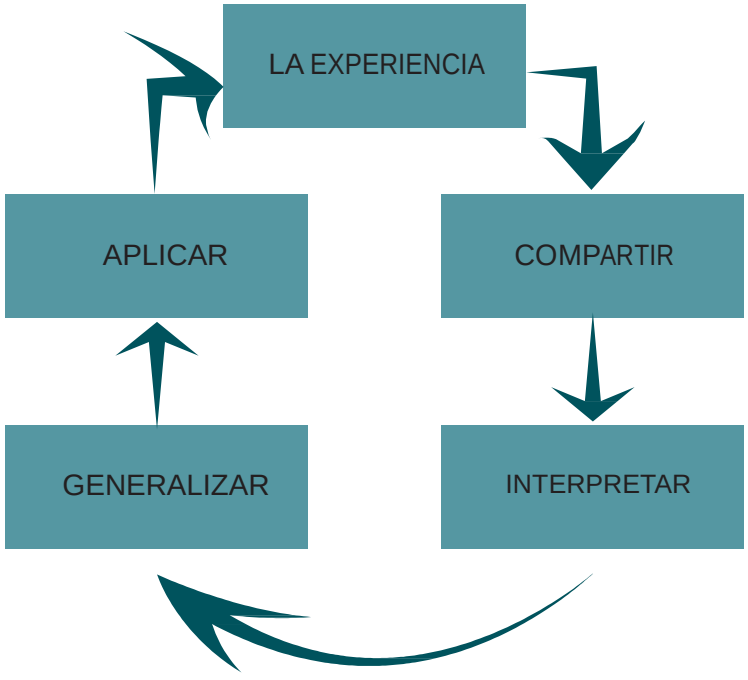


Figura 4. Ciclo del aprendizaje vivencial.

1. Experiencia: Generar información individual mediante una o más formas de sentir, pensar, percibir, desear o hacer. La etapa de la experiencia corresponde a la actividad misma de la capacitación. Esta podría ser desde una cátedra hasta un juego de roles o una actividad estructurada.

2. Compartir: Comunicar a otros y escuchar las vivencias de los otros durante la experiencia. Los participantes presentan ante el grupo y el facilitador las cosas que ellos escucharon, observaron, sintieron y percibieron durante la experiencia.

3. Interpretar: Hacer que tenga sentido la información generada, tanto para los individuos como para el grupo. Durante esta fase el grupo analiza el porqué de la experiencia.

4. Generalizar: Desarrollar hipótesis que puedan probarse y extrapolar la experiencia a otras situaciones con la información obtenida. Es, en otras palabras, conectar la experiencia a situaciones anteriores de valor comparable.

5. Aplicar: Luego de conectar el presente y el futuro y después de comprender y/o planificar cómo se pueden ensayar estas generalidades en situaciones nuevas. La fase de aplicación busca que el participante utilice lo aprendido en situaciones futuras.

3.1.4. Desarrollo de destrezas para el uso del ciclo del aprendizaje vivencial

- La **etapa de experimentación** es la actividad misma, y necesita ser elaborada adecuadamente, con instrucciones e información completas, pero no está aparte del "cuestionamiento". Los siguientes ejemplos de preguntas, cuando se combinan con el resumen y la reflexión que hace el capacitador, ayudan al grupo a profundizar dentro de la etapa en la que se encuentre, o proseguir a otra etapa. Es obvio que muchas de estas preguntas enfocan lo mismo e inducen respuestas similares; es decir, se sobreponen en contenido y significado.

Sin embargo, para un facilitador diestro, las variaciones del mismo tema le brindarán más de una vía para llegar al mismo lugar.

- En la segunda etapa, **la fase de compartir,** los participantes han completado la experiencia. Las preguntas están orientadas hacia la generación de información.
  - ¿Quién se ofrece como voluntario para compartir? ¿Quién más?
  - ¿Qué sucedió? ¿Cómo se sintió usted al respecto?
  - ¿Quién más tuvo la misma experiencia?
  - ¿Quién reaccionó de manera diferente?
  - ¿Hubo algunas sorpresas/confusiones?
  - ¿Cuántos se sintieron de la misma manera?
  - ¿Cuántos se sintieron de forma diferente?
  - ¿Qué observaron?
  - ¿De qué se dieron cuenta?
- En la tercera etapa, **la fase de interpretación**, ya los participantes tienen información. Las preguntas están orientadas a lograr que la información tenga sentido para el individuo y para el grupo.
  - ¿Cómo justificó usted eso? ¿Por qué sucedió?
  - ¿Qué significa eso para usted?
  - ¿De qué manera fue importante?
  - ¿De qué manera fue bueno/malo?
  - ¿Cómo encajan juntos?
  - ¿Cómo pudo haber sido diferente?
  - ¿Usted notó que algo sucedía allí?
  - ¿Qué le sugiere esto con relación a usted mismo y a su grupo?
  - ¿Qué es lo que mejor entiende de sí mismo y de su grupo?
- En la cuarta etapa, **la fase de generalización,** los participantes tratan de hacer extractos del conocimiento específico que han adquirido sobre sí mismos y sobre su grupo, para lograr principios de un nivel superior. Las preguntas están orientadas a promover las generalizaciones.
  - ¿Qué pudiéramos concluir de eso?
  - ¿Está eso conectado con algo?
  - ¿Qué aprendió o volvió a aprender?
  - ¿Qué le sugiere eso a usted en lo personal y en general?
  - ¿Eso le recuerda algo?
  - ¿Qué principio/ley ve usted en funcionamiento?
  - ¿Le recuerda eso algo a usted? ¿Cómo le ayuda a explicar algo?
  - ¿Cómo se relaciona esto con otras experiencias?
  - ¿Con qué lo asocia?
  - ¿Y entonces?
- En la quinta etapa, **la fase de aplicación,** los participantes se preocupan por utilizar el aprendizaje en su situación real. Las preguntas están orientadas hacia la aplicación del conocimiento general que ellos han adquirido para su vida personal y/o profesional.
  - ¿Cómo aplicaría/transferiría eso?
  - ¿Qué le gustaría hacer con eso?
  - ¿Cómo repetiría usted eso de nuevo?
  - ¿Qué pudiera usted hacer para aferrarse a eso?
  - ¿Cuáles son las opciones?
  - ¿Qué pudiera usted hacer para ayudarse/afectarse?
  - ¿Cómo lo mejoraría?
  - ¿Cuáles serían las consecuencias de hacer/no hacer eso?
  - ¿Qué modificaciones haría para que le funcionara a usted?
  - ¿Qué podría usted imaginarse/fantasear sobre eso?
- **Metaprocesamiento/procesando toda la experiencia.** Aquí se puede añadir una etapa, la de procesar la experiencia completa como experiencia de aprendizaje. Las preguntas están dirigidas hacia la búsqueda de retroalimentación.
  - ¿Cómo le pareció esto a usted?
  - ¿Cuáles fueron los más/los menos?

- ¿Cómo pudo haber sido más significa- tivo?
- ¿Cuáles son las buenas/malas noticias?
- ¿Qué cambios haría usted?
- ¿Qué continuaría haciendo?
- ¿Alguna sugerencia?
- Si tuviera que hacerlo de nuevo ¿qué haría?
- ¿Cuáles adiciones/eliminaciones le ayudarían?

4. PROGRAMAS EN PROMOCIÓN

Se requiere tener en cuenta que las características de la población objeto, determinarán la puesta en marcha de un mayor número de acciones conducentes a dar cumplimiento al objetivo del programa; sin embargo, para cualquiera de ellas es necesario cumplir con las siguientes indicaciones:

1. Realizar una descripción lo más sistemática posible de las características que acompañan las condiciones de vida en la población a intervenir.
2. Plantear objetivos sobre los cuales se hará énfasis en los contenidos abordados en la estrategias del programa, dentro de los cuales se incluye manejo del estrés, alimentación sana, actividad física, autocontrol, autoestima, proyecto de vida, entre otros.
3. Diseñar una metodología de tipo participativo grupal-comunitario que le permita orientar sobre la modificación de aquellas conductas o hábitos identificados como factores que constituyen los estilos de vida.
4. Establecer el diseño y aplicación de sistemas de medición que permitan saber si su gestión se acerca a lo planteado.
5. Realizar los ajustes necesarios al programa de acuerdo con los hallazgos de la evaluación.

Es importante tener en cuenta que los programas de prevención y promoción se ajustan a las directrices de intervención en salud planteada por la Dirección General de Sanidad Militar, de tal forma que las diferentes unidades de atención en salud puedan adaptarse a estas estrategias.

Plan de acción

En este apartado se mencionan algunas de las pautas que puede considerar el equipo en salud mental, cuando va a desarrollar un programa de promoción y prevención, como una manera útil y flexible:

1. Evaluar la condición previa de los participantes frente al objetivo de entrenamiento y/o información que pretende cubrir el programa.
2. Se recomienda de ser posible aplicar un cuestionario de evaluación que permita orientar las actividades durante el programa.
3. Diseñar casos sobre situaciones particulares de los participantes, en las cuales se pueda identificar factores asociados al tema del programa.
4. Puntualizar sobre estrategias que pueden favorecer la adopción de comportamientos y actitudes funcionales a las diversas situaciones de la vida diaria de los participantes. Este aspecto puede ser atendido mediante:
   - Presentación conceptual de parte del psicólogo (tiempo aproximado de 20 minutos) en la cual precise sobre los elementos que conforman las estrategias.
   - Desarrollo de una guía escrita para los usuarios, en las cuales se enuncien en forma puntual las estrategias que pueden ser implementadas por los participantes.
   - Desarrollo de sesiones grupales (mediante juegos de roles, modelamiento de parte del psicólogo, en las cuales se puedan identificar las acciones que respaldan los objetivos del programa).
5. Evaluar el impacto de implementar este tipo de entrenamiento.
   - Diseñe un cuestionario breve donde pueda incluir elementos conceptuales y de aplicabilidad de los temas centrales de trabajo que busca cumplir el programa.
   - En lo posible, considere una estrategia de seguimiento que permita eva-

luar la aplicabilidad de lo entrenado en este programa

- Proponga como estrategia de cierre el diseño de un folleto que contenga los aspectos más relevantes de lo entrenado.

4.1. Resolución de conflictos - Manejo del estrés

4.1.1. Marco de referencia

A lo largo del ciclo vital el ser humano se enfrenta a diversas situaciones que pueden ser identificadas como problemáticas o conflicti- vas. La existencia de conflictos puede llevar a la persona a reconocer su capacidad de res- puesta, a desbordarla y a forzar la necesidad de poner en práctica alternativas que han de permitirle retornar a la calma.

El estrés es el resultado de experimentar situaciones de gran tensión en las cuales la persona identifica la necesidad de responder. Para que un hecho sea considerado como estresante se involucra la percepción de este como significativo para la persona; el individuo, de alguna manera, está llamado a evaluar la situación y los recursos con que cuenta para hacerle frente, es decir para afrontarlo. De esta manera, el estrés ocurre cuando la persona considera que no puede afrontar adecuadamente los factores estresantes.

El concepto de afrontamiento se refiere a las estrategias utilizadas para reducir la tensión causada por aquellas situaciones que se de- nominan estresantes, y controlar las condi- ciones amenazantes del ambiente[30]. Lazarus y Folkman31 definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarro- llan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. De esta forma, cuando se piensa en adoptar estrategias para manejar situacio- nes generadoras de estrés, se hace necesario concebirlas como parte de un proceso, que in- volucra cambios en el pensamiento y el com- portamiento de las personas.

Los individuos pueden usar diferentes mecanismos para asumir el estrés dentro de los cuales se incluye la racionalización, la negación, la evitación, entre otros. El afrontamiento así, involucra el concepto de control percibido sobre la situación estresante. De esta manera, un mayor nivel de control sobre la situación puede favorecer centrarse más en el problema y desplegar estrategias como búsqueda de información, resolver el problema y actuar directamente sobre este. En caso contrario, un menor nivel de control se asocia con afrontamiento centrado en las emociones que desencadena la situación, desplegando estrategias como la evitación y el escape, la búsqueda de apoyo social, el distanciamiento, entre otros.

Las teorías informacionales y los planteamientos cognitivo-conductuales han aportado mucho sobre la manera como se involucran las emociones en los procesos de estrés, convirtiéndose en un proceso interactivo y dinámico que lleva a experimentar ciertos estados emocionales. Involucra diversas variables mediadoras, como la evaluación cognitiva, el tipo de afrontamiento, la percepción de control, la disponibilidad de apoyo social y ciertos factores de personalidad.

Los autores mencionados incluyen recursos para afrontar el estrés:

- ***Salud y energía:*** el bienestar físico es una condición importante para tener en cuenta cuando se requiere afrontar problemas y situaciones estresantes. Una persona que se evalúe a sí misma como cansado o débil tie- ne menos energía para enfrentar cualquier situación; sin embargo, es necesario orien- tar a que las personas cuiden de su salud de tal forma que esta condición sea un buen aliado en la resolución de problemas.
- ***Creencias positivas:*** se incluyen aquellas relacionadas con la esperanza como respaldo a las acciones que podrá implementar en las situaciones estresantes. La naturaleza del sistema de creencias y el grado de generalización que estas tengan pueden ser recurso valioso en la interpretación de los resultados.
- ***Habilidades de resolución de problemas:*** incluye comunicación e interacción

30 Martínez Roca Barra, 2003, Psicología de la salud. Buenos Aires. Ed. Mediterréneo.

31 Lazarus y Folkman, 1986. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona.

con otros, así como la capacidad para buscar información, analizar situaciones, identificar problemas, generar y seleccionar alternativas de acción e implementar un plan de acción adecuado. Es importante intervenir en el paso a paso para favorecer su desarrollo de tal forma que pueda identificar otras fuentes de apoyo cuando sea necesario frente a situaciones altamente estresantes.

- ***Recursos:*** Puede incluir disponibilidad de elementos, manejo del tiempo, medios económicos que faciliten la puesta en marcha de los recursos más funcionales para afrontar situaciones estresantes. También se incluyen las fuentes de apoyo social, que darán soporte a la persona frente a los resultados de la situación.

4.2. Fomento de estilos de vida saludables

4.2.1. Marco de referencia

Estilos de vida saludables es una categoría que se origina en la medicina preventiva en la segunda mitad del siglo XX, en el momento en que se observa una redefinición del concepto de salud, implica todos aquellos patrones de conducta y hábitos que realiza el ser humano y que contribuyen a su sensación general de "bien-estar".

Pese a que en su origen se piensa, por lo general, en factores médicos, lo cierto es que existe un componente psicológico importante cuando se piensa en estilos de vida, pues estos se originan precisamente en la toma de decisión y actitud de un individuo frente a su propia vida. Se podría decir que la persona asume unos hábitos y otros no, en la medida en que los considera beneficiosos para su propio desarrollo, siendo este componente psíquico determinante en el trabajo en salud mental.

Los estilos de vida se manifiestan a través de conductas, actitudes, vivencias y hábitos que cada persona realiza en su cotidiano vivir. Estas respuestas pueden ser situacionales y transitorias o pueden tornarse repetitivas, estereotipadas y habituales. Cuando estas conductas se tornan en hábitos, de alguna manera, se obstruye el despliegue de la creatividad y la posibilidad de cambio.

El valor positivo o negativo de estos hábitos dependerá de las experiencias que la persona haya sostenido durante su desarrollo, su idea de mundo, sus valores y principios y, en general, el sistema de creencias. De acuerdo a los hábitos que la persona establezca con- sigo misma, con otras personas y con su am- biente, se conformará el estilo de vida. Dicho de otro modo, el estilo de vida es un modo de ser en el mundo que la persona construye a partir de sus interacciones.

Se plantea que el abordaje de los estilos de vida ha sido favorecido por conceptos como los definidos por Sigerist32 cuando estableció las áreas de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la medicina, al ser incorporadas por las ciencias de la salud en las siguientes décadas. El mayor conocimiento de las enfermedades desde diferentes disciplinas ha permitido identificar que las personas pueden aportar al origen y mantenimiento de las mismas, mediante la adopción de hábitos y estilos de vida que afectan la salud física y emocional.

El estilo de vida es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional, de tal forma que se refleja en la manera como el ser humano se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. Involucra patrones cognitivos, afectivo-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos permanentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad dependiendo de su naturaleza.

Las actividades y programas orientados a promover un estilo de vida saludable, se respalda en los resultados de estudios epidemiológicos que ratifican la relación entre el estilo de vida y el proceso salud-enfermedad. Se plantea entonces, que la intervención sobre los estilos de vida pueden favorecer la disminución de riesgos de enfermar. Los tópicos que cobijan los programas involucran responsabilidad sobre sí mismo y la salud, la realización de ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés.

32 Sigerist, 1946. Civilización y enfermedad. Fondo de Cultura Económica. México.

Las intervenciones sobre estilo de vida permiten configurar un proyecto personal sobre el cual los individuos consolidan sus competencias, habilidades y estrategias de afrontamiento en las diferentes situaciones de la vida, flexibles y adaptables a su ciclo vital. De esta manera, cuando se piensa en comportamiento, el elemento que sobresale es el autocontrol, con el cual el individuo puede realizar cambios en su estilo de vida, subyacen en él factores motivacionales, aprendizaje, creencias e influencias sociales, historia biológica y valores.

En resumen, en los programas orientados a crear y fortalecer el estilo de vida se recomienda incluir: entrenamiento en autocontrol, en especial locus de control interno, estilos de afrontamiento constructivos ajustables a las demandas del contexto, autoestima y fortaleza personal, caracterizadas por el compromiso, el reto y la expresión de un optimismo sano y realista.

La puesta en marcha de programas de prevención en adopción de estilos de vida saludable, define que el equipo interdisciplinario debe poseer un cúmulo de conocimientos, una permanente actualización sobre las problemáticas orgánicas, psíquicas, espirituales y sociales, desde un abordaje histórico cultural adaptable a las condiciones culturales.

Los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (dieta adecuada, actividad y ejercicio físico, no fumar, no consumir sustancias psicoactivas, evitar el uso de alcohol y las prácticas sexuales de riesgo) tienen un amplio espectro de efectos en la salud (OMS, 2004)33. Al fomentar estilos de vida saludable se mejora la condición general de los pacientes, sus familias y sus comunidades (OMS, 2010)34. Aunque este planteamiento puede parecer complementario al interior del presente Plan, es quizás uno de los programas más importantes pues su desarrollo apoya directa e indirectamente los objetivos de los programas planteados en las otras dos líneas de intervención.

33 OMS (2004). Cambiemos el rumbo de la historia.

34 OMS (2010). La financiación de los sistemas de salud.

Metas

- Favorecer la adopción de condiciones individuales y colectivas sanas de los usuarios del SSFM, dentro de su espectro de desarrollo individual.
- Promover el reconocimiento de estrategias flexibles y funcionales que puedan adaptarse a las condiciones particulares del ciclo vital.
- Reconocer las implicaciones que tiene el desarrollo de comportamientos y actitudes en ambientes sanos, en especial sobre autoesquemas y proyecto de vida.
- Favorecer la estabilidad emocional de los combatientes y de sus familias desarrollando actividades reflexivas que contribuyan al fortalecimiento de los recursos psicológicos propios y la creación de relaciones interpersonales sanas y productivas.

Los módulos que conforman este programa de estilo de vida y hábitos saludables incluyen:

4.2.2. Hábitos de vida saludable

Alimentación saludable

Es innegable que la modernización de la sociedad ha llevado a modificar los hábitos y comportamientos relacionados con la alimentación; existen muchas actividades, poco tiempo y condiciones que dificultan poder ingerir los alimentos más completos y con mayor aporte nutricional. Se identifican de esta manera patrones alimenticios menos saludables, aumentando el consumo de proteína animal y grasas saturadas, mientras que el aporte de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra ha ido disminuyendo.

Las diferentes organizaciones a nivel nacional e internacional coinciden en reafirmar que las personas durante la vida deben mantener una alimentación equilibrada, que cubra los diferentes grupos de alimentos y que sumado a los hábitos de ingesta, permitan que la persona cuente con las condiciones ideales de una buena alimentación en respaldo a su nivel de actividad diaria.

Se observa que si una persona logra adecuar sus hábitos a horarios, tipo de alimentos, porciones ajustadas a sus necesidades, podrá

alcanzar niveles de funcionamiento individual que pueden adecuarse a las exigencias y demás demandas de su vida, sin afectar de manera considerable su rendimiento y productividad. Una buena alimentación favorece una disminución del riesgo sobre enfermedades metabólicas, obesidad, alteraciones cardiovasculares, entre otros.

Actividad física

La velocidad de los cambios sociales, la modernización de la población y la búsqueda de condiciones de vida aparentemente "más favorables", provoca que los individuos disminuyan su actividad física; las personas pretenden cada vez más minimizar su esfuerzo y desplazamiento para obtener lo que desean y necesitan (Reynoso y Seligman, 2005)[35].

El reconocimiento de las implicaciones para la salud del sedentarismo y la inactividad, han traído como consecuencia la necesidad de que en los diferentes países se estén desarrollando programas orientados a incrementar el nivel de actividad física y de ejercicio en los diferentes grupos poblacionales. Los beneficios de iniciar y mantener programas de actividad física favorecen tanto el desarrollo físico como la capacidad de aprendizaje, atención y ejecución de tareas en los escenarios en que se desenvuelve la persona, adicionalmente disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y otros problemas de salud, motivo por el cual este es un módulo de gran relevancia en todos los programas de prevención en salud física y mental.

Uso de sustancias: alcohol, café y cigarrillo

El café y las bebidas alcohólicas son sustancias capaces de producir cambios a nivel físico y emocional en quien las consume; sin embargo, cuando este se consume en grandes cantidades crean dependencia o adicción.

A pesar de que se observa una tendencia a fumar menos en la población en general, todavía se identifica, en quienes son fumadores, que sienten que el tabaco ofrece una alternativa funcional para manejar las situaciones de la vida diaria.

Es necesario aclarar que lo planteado en este Plan Maestro, orienta sobre las acciones que el grupo de salud mental puede acoger, para implementar programas de prevención; sin embargo, se necesita fundamentar las temáticas por parte del grupo a cargo. El entrenamiento en estilos y hábitos saludables como una manera útil y flexible de vivir, incluye: Evaluar las condiciones que actualmente acompañan el diario vivir de los participantes del programa.

4.2.3. Autoesquemas

El concepto de autoesquemas ha sido una categoría que reúne algunos componentes de la denominada esfera personal dentro de los que se incluyen la autoestima, la autoeficacia, la autoimagen y el autoconcepto. Desarrollar un módulo sobre el manejo de los autoesquemas, representa un desafío importante en la descripción de cada una de estas esferas de la definición y valoración del ser humano desde sí mismo y exige una gran sensibilidad de parte del equipo en salud mental para favorecer su implementación.

La ***autoestima*** se puede definir como el grado de aprecio de uno mismo sobre aspectos físicos y psicológicos; depende de factores intrínsecos y extrínsecos y caracteriza la personalidad de tal forma que constituyen un aspecto que da solidez a la persona (Gallar)[36].

La ***autoimagen*** es la percepción que uno tiene de su aspecto físico o psicológico ante los demás y ante sí mismo. Cómo nos vemos, nos sentimos y actuamos ante las personas que nos rodean.

El ***autoconcepto*** puede ser descrito como las creencias y opiniones que tiene un individuo sobre sus cualidades, capacidades y potencialidades, concepto que determinará las actitudes del sujeto frente a la vida.

La ***autoeficacia*** se define como la valoración que hace la persona acerca de los resultados que podría llegar a alcanzar o que obtiene, luego de asumir diferentes acciones. Se resume en la confianza que se tiene una persona.

Se considera que, en la medida en que haya un buen nivel de estos componentes de los autoesquemas, se tiene la base para afrontar de los retos y las dificultades de la vida (conflictos, frustraciones, enfermedades) y para

35 Reynoso y Seligman, (2005). Psicología clínica de la salud.

36 Gallar, M. (2006) Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid.

ayudar a quienes precisan de apoyo.

El entrenamiento en estrategias sobre el fortalecimiento de los autoesquemas, supone favorecer la capacidad de control sobre nosotros mismos y sobre el medio, lo que algunos autores denominan locus de control.

4.2.4. Proyecto de vida

El ser humano concibe la vida como un derecho y desde ese punto de vista, asume que las experiencias y acciones diarias se ajustan a lo que "puede ser una buena vida", sin embargo, el análisis de muchas de estas experiencias y sus implicaciones promueve en el ser humano la evaluación de su vida en contraste con lo que desea, piensa y busca alcanzar. Como resultado de esto y paralelo a su desarrollo surge el término "Proyecto de vida", que de forma sencilla es una manera de concebir y estructurar la vida.

Promover en los individuos la construcción de un proyecto de vida, contribuye, en buena manera, a que las personas tomen en cuenta elementos como: conocimiento personal, formulación de metas, expectativas y búsqueda de información para satisfacer las inquietudes e intereses. Los programas que se han creado con este propósito resaltan el denominado empoderamiento, definido como el proceso por medio del cual el sujeto incrementa el control sobre su ambiente físico, social e individual[37].

Para facilitar el autoempoderamiento, las técnicas de aprendizaje participativo permiten que la gente examine sus propios valores y creencias y exploren en qué medida factores como la socialización pasada y el contexto en el cual se desenvuelven, afectan las decisiones y elecciones que hace. Estas técnicas, entonces, han de promover que las personas entiendan y ajusten sus condiciones de vida no solo a través del tiempo y las experiencias cotidianas, sino también frente a sus intereses y necesidades cambiantes.

El entrenamiento en la estructuración y desarrollo del proyecto de vida a nivel individual supone favorecer la capacidad de autoconocimiento, el control sobre el contexto y el reconocimiento de las habilidades que han de permitir dinamizar las características y ajustes del proyecto de vida.

Al definir las condiciones que pueden ayudar a construir una propuesta de proyecto de vida, se sugiere tener en cuenta:

- Evaluación de las fortalezas/debilidades personales.
- Características de cómo se reconoce en este momento particular de implementación del programa, rasgos de personalidad y en general alrededor de situaciones que le han sido significativas en especial sobre aspectos positivos.
- Qué aspectos le gustaría tener hacia el futuro en una proyección, de seis meses, dos y cinco años, en contraste con sus diferentes áreas de ajuste.
- Analizar el impacto de las situaciones que ha vivido y las razones por las cuales desea verlas cumplidas en su vida, con quien, dónde, entre otros.

Definir las metas y derivar los objetivos y acciones que requiere para dar cumplimiento, y las razones por las cuales algunas de ellas tienen condición de "aspecto a cumplir" y factores que pueden ser modificados en el tiempo.

4.3. Familias saludables

4.3.1. Marco de referencia

La familia es el primer entorno natural en donde los miembros que la conforman, evolucionan y se desarrollan en términos afectivos, físicos, intelectuales y sociales, según modelos vivenciados e interiorizados. Es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre sus miembros y el entorno social en el cual viven.

Se caracteriza por funcionar como una importante fuente de elementos psicológicos que sustentan el desarrollo individual y social; además, es reconocida como la mayor fuente de apoyo social y personal del que pueden disponer las personas. Los procesos que tienen lugar al interior de ella son interactivos, de forma que cualquier evento que

37 Marks, Murray, Evans, Willing, Woodall y Sykes (2008). Psicología de la salud. México. Manual Moderno.

afecte a uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás.

En los últimos años, la literatura científica muestra un interés creciente por los temas relacionados con los cambios de la familia actual, tratando de analizar, entender y proporcionar diferentes lentes para observar las nuevas apariencias que va adquiriendo y desarrollando la "familia de este nuevo milenio". El punto de partida de muchos de estos trabajos es el interrogante de cómo los cambios en las estructuras sociales, la economía, la política, la medicina, el derecho y la ciencia, en general, inducen y/o conllevan a mutaciones en la familia38. Existen variados tipos de organización familiar, pero sin importar cual sea, siempre participará activamente en el desarrollo del ser humano en forma favorable o desfavorable.

La familia también se conoce como "grupo primario", debido a que generalmente constituye la primera instancia a la que pertenece una persona y es prioritario respecto a otros en los que sus integrantes pueden participar. El grupo primario puede concebirse como "el sistema básico de referencias afectivas que le permiten a una persona encontrar su propio significado personal, así como los significados de todo lo que le rodea y, por tanto, encontrarle un determinado sentido a su vida y a sus actividades cotidianas"[39].

Cuando el grupo primario al que se pertenece pierde su estructura significativa, al disminuir la convivencia y la comunicación, equivale al aislamiento sensorial prolongado el cual ha demostrado ser altamente destructivo para la salud mental[40]. En la práctica de la psicoterapia es posible constatar reiteradamente la correlación entre el grado de alteración emocional y la alteración de la situación familiar respectiva.

En la dinámica familiar pueden darse dos procesos la **diferenciación** definida como el grado en que el individuo puede ejercer un control sobre sus pensamientos y sentimientos, respetar sus propios criterios como bases adecuadas para sus acciones y asumir la responsabilidad de estas y la **fusión** definido como la forma en que las personas están vinculadas emocionalmente entre sí. Personas con un alto nivel de fusión, no tienen un claro sentimiento de sí, y operan sobre una patrón emocional reactivo que las hace más propensas a manifestar síntomas y de ser afec- tadas por situaciones de estrés[41].

Una familia con una forma adecuada de relación, estimula niveles bajos de fusión en pro de alcanzar niveles de diferenciación de sí mismo, frente a cada miembro del grupo primario garantizando la continuidad y permanencia de su núcleo familiar. Un adecuado nivel de diferenciación supone un bajo nivel de fusión y, por lo tanto, individuos con capacidad para tomar decisiones, asumir responsabilidades y afrontar con mayor éxito situaciones adversas de la vida. Las investigaciones destacan la importancia del compromiso emocional, donde se supone que las "buenas familias" proporcionan intimidad (proximidad, relaciones satisfactorias), promue- ven la educación de los hijos y la escolarización; potencian el bienestar material de sus miembros, su salud física, mental y su autoestima[42].

La familia es más estable en la medida en que sus miembros demuestran mayor capacidad de armonizar sus funciones con las circunstancias de los otros. El que vive en una unidad familiar no puede vivir exclusivamente para sus intereses, pues es esa preocupación íntima por el otro lo que alimenta el sentido de cohesión, creando pertenencia y responsabilidad de lo que ocurra al interior de la familia.

La consideración anterior, nos conduce a profundizar en las relaciones intrafamiliares inmersas en la "Promoción del buen trato y convivencia pacífica", entendida como el juego de acciones que permiten fortalecer los procesos familiares de mejoramiento de la calidad de las relaciones entre los ciudadanos, generaciones y géneros, pretendiendo impactar las relaciones de entendimiento entre la familia, la comunidad y las instituciones gubernamentales y privadas, y buscando el

38 Murueta y Guzmán. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. Amapsi Editorial México; 2009.

39 Simón, Stierlin y Wynne. Vocabulario de la terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa, 1988.

40 Klein, N. La doctrina del shock. Barcelona: Paidós, 2007.

41 Jones, Ch., y otros. The futures of the family. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

42 Murueta y Guzmán. 2009. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. México: Amapsi Editorial.

fortalecimiento de la construcción de vínculos entre la familia, la sociedad y el Estado.

Lo importante aquí es fomentar la participación de la familia, para cualificar su capacidad en el desarrollo y recuperación de mecanismos que permitan el control social y construcción de valores, basados en el uso de instrumentos legales y tradicionales de convivencia y justicia para la resolución de conflictos.

En general, las estrategias de prevención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad. No existe un consenso respecto a qué programas o servicios deben ofrecerse para prevenir la violencia familiar. En parte, es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno.

Una familia saludable está en la capacidad de promover la interiorización del ser humano, transmitir valores y convertirse en un lugar de reflexión sobre el sentido de la vida; es el primer espacio de relación de todo individuo y a ella compete la responsabilidad de facilitar el despliegue de todas las potencialidades de cada uno de sus miembros.

Los módulos que conforman este programa de familias saludables incluyen:

4.3.2. Adaptación a los cambios de vida

El entorno sociofamiliar es un concepto propio de la teoría estructural reconocido en la segunda mitad del siglo XX. En esta teoría se plantea que muchas de las respuestas de los individuos son resultado de lo adquirido en el contexto y las pautas que se generaron en determinados momentos del desarrollo individual y de la dinámica familiar, los miembros que conforman la familia requieren desarrollar una gama amplia de estrategias flexibles que se ajusten a las demandas del ambiente y del individuo cuando sea necesario hacerlo. En el estudio y reconocimiento de la dinámica familiar se requiere observar tres factores esenciales:

1. Su estructura de funcionamiento.
2. Su sistema relacional.
3. Su momento evolutivo.

La familia permite que se identifique diferentes niveles de funcionamiento de sus integrantes: la dinámica de relaciones en la pareja, y la interacción con los hijos.

En la pareja

La pareja es considerada un subgrupo del subsistema familiar. Las relaciones que a este nivel se reconocen pueden estar afectadas por diferentes factores derivados de la historia personal de cada individuo y de lo que intercambia con la otra persona. Las acciones preventivas van encaminadas a generar estabilidad entre las diferencias, intereses, demandas, autoridad, posturas y poder, aspectos que permiten determinar la importancia de evaluar aquellos factores histórico-familiares en la constitución de la relación de pareja, que puedan generar desestabilidad, haciendo énfasis en la búsqueda de factores que alteren la dinámica y modifiquen los conflictos, en algunos casos, aclarando los límites y enseñando a la pareja a desarrollar pautas de complementariedad y simetría, que le permita a cada uno ceder sin sentir que perdió. Las pautas de complementariedad y simetría ayudarán a la pareja y a la familia a alcanzar la homeostasis o nuevos equilibrios.

En la familia con hijos

La familia se reconoce en construcción en diferentes momentos de la historia de sus integrantes. El primer nivel de trasformación se da cuando nacen los hijos. Cada uno de sus integrantes aporta características individuales, reconoce que el otro es diferente y evalúa sus similitudes. La estructura y funcionamiento son fundamentales al permitir la identificación de jerarquías, acompañadas de reglas y normas que contrastan con los límites y conductas de sus integrantes, las que permiten respuestas correctas e incorrectas como resultado de las relaciones, aspecto que mide la estabilidad de la familia.

Las familias tienen de acuerdo a su ciclo vital, relaciones, estructura de funcionamiento, sistema relacional y evolución donde se pueden identificar diferentes momentos para afrontar posibles desajustes. En relación con las Fuerzas Militares, estas variables también hacen visible su participación e influencia en los integrantes de la familia. En este orden de ideas, varia- bles como el riesgo de muerte, los secuestros, periodos de ausencia de las figu-

ras paternas, por los traslados en medianos y largos periodos, influyen en la necesidad de fomentar estrategias de afrontamiento en todos los que conforman la familia, tendientes a promover un mayor nivel de adaptación y constituirse como familias saludables, donde se visualicen la complementariedad y la simetría. Este tópico entonces, se constituye en un punto de abordaje permanente dentro de los programas de prevención de conflictos familiares y de promoción de niveles de adaptación favorables a todos.

4.3.3. Comunicación

La interacción, los cambios y los procesos de comunicación a nivel familiar, tienen repercusión en el modelo de abordaje profesional por parte de los diferentes entes que promueven su observación e intervención. En la familia, las funciones del lenguaje en la comunicación son relevantes. La interacción adecuada le sir- ve como esquema o medio en el que los elementos básicos establecen funciones que permiten el logro de una buena comunicación.

Una de las definiciones tradicionales del concepto de comunicación al interior de familia se basa en el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante el lenguaje oral, escrito o con otro tipo de señales. Todas las formas de comunicación requieren un emisor, un mensaje y un receptor destinado, pero el receptor no necesita estar presente ni consciente del intento comunicativo por parte del emisor para que el acto de comunicación se realice. La comunicación supone un proceso, factor importante en el interior del grupo familiar; cuyos elementos deben aprovecharse para poder interactuar entre sí.

El adecuado uso del sistema de signos y reglas cuando en comunican los integrantes del grupo familiar, puede generar resultados favorables para la interacción entre los participantes.

Para guiar el entrenamiento sobre estos aspectos se sugiere que el personal a cargo tome en cuenta los siguientes aspectos:

- Identificar condiciones relevantes individuales y grupales que actualmente acompañan el diario vivir de los participantes del programa.
- Mediante discusión de casos, facilite la participación de los integrantes orientados a identificar las acciones que cada uno de los participantes puede aportar a la estructura familiar.
- Desarrollo de sesiones grupales, fomentando clima creativo, correcta comunicación y retroalimentación.
- Se requiere ser lo más objetivo en las intervenciones. La participación debe proporcionar una atmosfera favorable de comunicación, tanto en la forma como en el contenido de lo que dice.
- Puntualizar sobre los factores que pue- den ayudar a orientar la creación de una comunicación efectiva y asertiva fortaleciendo las áreas de ajuste.

4.3.4. Pautas de crianza

El proceso de conformación y funcionamiento de la familia involucra, como se mencionó, la capacidad de disponer de una serie de estrategias personales y grupales orientadas a adaptar las mejores condiciones de desarrollo para sus integrantes y para la institución familiar.

La manera en que los padres definen educación y orientación a los hijos se denomina **“pautas de crianza”**; son estilos de educación que se transmiten de generación en generación; estas, en principio, reflejan aquellos objetivos, intereses y valores que reconocen los padres sobre la manera en que desean sean sus hijos en su infancia y en la vida adulta. Las relaciones y vínculos implican que este proceso pueda adelantarse de manera tranquila y completa cumpliendo con los objetivos de “crianza con amor”.

Inmerso en este concepto, se incluye la condición de estilo paternal, definido como aquellas condiciones que identifican y reconocen a los padres, y que serán implementadas en la dinámica de interacción con los hijos, con el fin de conseguir una mejor adaptación emocional y conductual en una sociedad concreta. Se conoce que los estilos educativos tienen relevantes consecuencias en el desarrollo psicosocial de los individuos; lo cierto es que actualmente se parte de premisas que conciben el proceso educativo o de

Crianza como bidireccional y dinámico. Los estilos educativos son tendencias que pueden modificarse por la experiencia en el rol de padre y cambiar entre un hijo y otro, dependiendo de las circunstancias y el momento personal del padre y el niño[43].

Baumrind (1967, 1973) en sus estudios propuso tres estilos educativos: democrático o participativo, autoritario y permisivo o sumiso44. Esta clasificación fue redefinida por MacCoby y Martin, 198345, reflejando patrones de interacción padresijos en cuanto a conductas y valores. Cada uno de estos estilos ha sido evaluado por diferentes disciplinas científicas. En los hallazgos de estos estudios, se han identificado una serie de desventajas que se convierten en fundamento para orientar de manera más completa a los padres.

43 Sierra y Giménez, 2002. Citado por Comeche, M., Vallejo, M. Manual de terapia de conducta en la infancia. Madrid: Dykinson, 2005.

44 Baumrind, 1967, 1973. Citado por Schafferla, Rudolph. Desarrollo social. México: Siglo XXI, 2000.

45 Maccoby y Martin, 1983. Citado por Quintana, José. Pedagogía familiar. Madrid: Narcea, 1993.

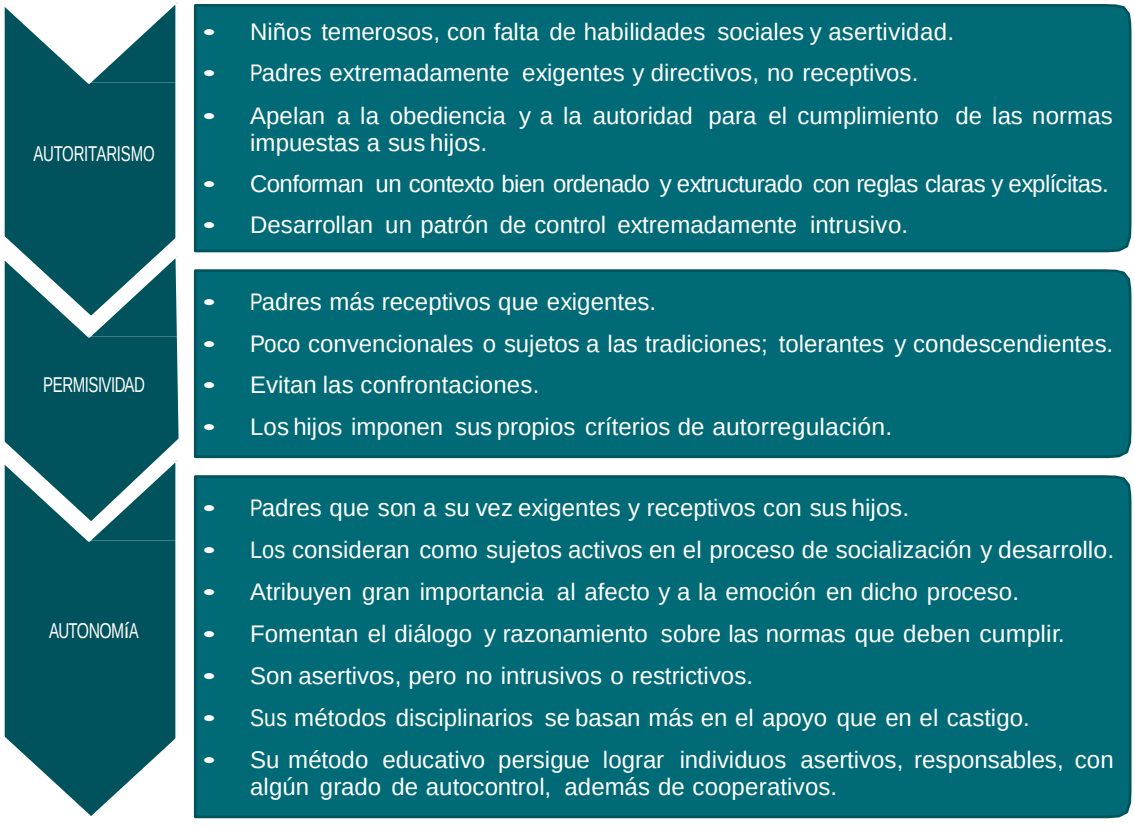


Figura 5. Características en estilos de crianza.

Las pautas de crianza en la familia saludable van dirigidas a los siguientes interrogantes: ¿Qué comportamientos pretenden enseñarse?; ¿Cuántos o en qué momento evolutivo se cree conveniente? y, ¿Cómo enseñarlos? Desde los modelos de intervención cogni- tivo conductuales, se plantea que al hacer entrenamiento sobre pautas de crianza, es preciso que:

- Sean pautas observables, coherentes y convergentes entre lo que se dice y lo que se hace.
- Puedan ser aceptadas y comprendidas por los integrantes de la familia, de tal

manera que este reconocimiento favorezca su implementación.

- Promuevan en los integrantes de la familia la autonomía y autocontrol en el manejo y adecuación de consecuencias favorables.

Permitirse disponer de buenas pautas de crianza favorece:

- Mayor nivel de bienestar psicosocial: se otorga seguridad emocional, socialización y reconocimiento del afecto.
- Apoyo en el desarrollo físico del niño: alimentación, baño, y monitoreando lugares seguros para jugar y explorar.
- Promoción de un mayor nivel de desarrollo cognoscitivo del niño, a través de la interacción, la estimulación y el juego.
- La interacción del niño fuera del contexto de la casa, en el colegio y otros espacios sociales.

En resumen, las pautas de crianza se convierten en un indicador muy importante cuando se trata de identificar las características del funcionamiento de los padres. Puede ser un factor predictor, importante para el desarrollo del niño durante su ciclo vital así como para los escenarios en los cuales pueda desenvolverse.

4.3.5. Apoyo social como estrategia comunitaria

Los seres humanos buscan el apoyo de otras personas para enfrentar situaciones problemáticas y satisfacer necesidades. Según Cobb[46], el apoyo social comienza en el útero. Su desarrollo se produce durante la infancia a través de las relaciones con los padres y continua a lo largo del ciclo vital, con la incorporación de otros familiares, amigos, miembros de la comunidad, compañeros de trabajo y a veces de profesionales (García)[47]. La idea de que el estrés promueve la conducta afiliativa y que la presencia e interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos negativos del estrés fue confirmada empíricamente por numerosos estudios (Seidmany col 1957; Gerard, 1963; Latane y colaboradores, 1966; Amoroso y Walters, 1969). Estos estudios dieron origen a un nuevo campo de investigación que surgió en los años setenta: el apoyo social.

El término apoyo social ha sido utilizado para sig- nificar diversas dimensiones y distintos elementos y fenómenos. Lin[48] lo define a partir de dos elementos que lo componen: social y apoyo. El componente social, aspecto estructural reflejaría las condiciones del individuo con el entorno social, los cuales pueden representarse en tres niveles distintos: a) la comunidad; b) las redes sociales; c) relaciones íntimas y de confianza. El componente apoyo, aspecto procesal, reflejaría las actividades instrumentales y expresivas esenciales. La definición de apoyo social queda expresada: “provisiones instrumentales o expresivas reales o percibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y relaciones intimas”.

Redes sociales y niveles de intervención

Las relaciones sociales que conforman el apoyo social se podrían identificar a través de aquellas relaciones que se establecen con la comunidad y reflejaría la integración en la estructura social más amplia; indican el grado y extensión con que el individuo se identifica y participa en su entorno social, lo cual constituye un indicador del sentido de pertenencia a una comunidad. Otra forma consiste en las redes sociales a través de las cuales se accede directa o indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Estas relaciones de carácter más específico (relaciones de trabajo, amistad, parentesco), proporcionan al individuo un sentimiento de vinculación y de significado, por un impacto mayor que el proporcionado por las relaciones establecidas con la comunidad. Finalmente, las relaciones íntimas y de confianza constituyen para el individuo la mayor significatividad de relaciones sociales propuestas. Esta clase de relaciones implican un sentimiento de compromiso en el sentido que producen intercambios mutuos y recíprocos, y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro.

Por lo tanto, el término de **red social** se refiere al conjunto de relaciones que hace parte de la vida cotidiana de una persona y que conforman su mundo primario de interacciones. Speck49 afirma: “la red social informal es el conjunto de personas, miembros de la familia,

46 Cobb, S. y Jones, M. 1984. Social support, support groups and marital relationships. London.

47 García, J. 1997. Condiciones y procesos del buen envejecer.

48 Lin (1986) Conceptualising social support. Nueva York.

49 Speck, 1989. Redes sociales y apoyo social.

vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo, una familia".

Las **redes formales** de acción organizada entre instituciones y organizaciones sociales están conformadas por el conjunto de organizaciones e instituciones que en un momento dado deciden y logran realizar una actuación conjunta a través de una estrategia de comunicación y articulación mutua.

Otro tipo, serían las **redes comunicativas** que se han generado a través de Internet y que han generado un nuevo fenómeno social transformando la sociedad de una manera radical e impredecible; esta se podría denominar como red invisible y virtual de comunicación global.

Existen dos grandes enfoques acerca de lo que es una red:

- El que considera solo la realidad material para definirla.
- Lo que tiene en cuenta el hecho social presente en su conformación.

Se conoce con el nombre de **red** a toda infraestructura que permite el transporte de materia, de energía o de información, y que se inscribe sobre un territorio caracterizado por la topología de sus puntos de acceso o puntos terminales, sus actos de transmisión y sus nudos de bifurcación o de comunicación. En la segunda perspectiva, la red adquiere un carácter social y político, puesto que la dinámica y el entramado humano con evidentes propósitos sociales así lo demuestran. Como representante de esta postura tenemos al geógrafo Dolfus (citado por Motta, 2000:36)[50] quien propone que el termino red sea, exclusivamente, empleado para referirse a los sistemas creados por el hombre, y denomina a los sistemas naturales como circuitos, aunque en realidad unos y otros son valorizados únicamente por la acción humana.

Ya en términos específicos, Auslande y Litwin[51] señalan que el desarrollo del pensamiento sobre redes sociales tuvo dos orígenes:

Como un concepto sociológico, al final de la década de los cuarenta, que sirvió para definir las interrelaciones entre un sistema social, contituyendo un modelo alternativo frente a la entonces dominante perspectiva de acción estructuralfuncionalista. Desde este enfoque se hizo énfasis en las características de los lazos de unión entre la gente, a partir de las estructuras de la red.

Como una consecuencia de los desarrollos de la teoría de campo adaptada por Lewin, en la cual la conducta es considerada como la función de una persona en una situación social. Esto significa que el entendimiento de una acción individual, depende tanto del sistema social general en que se desarrollan las acciones, como de las relaciones sociales de ese individuo con ese sistema social.

A pesar de los intentos de otorgar un carácter científico y unívoco al estudio de las redes sociales, la palabra red hoy es semánticamente amplia, lo cual torna el concepto no solo ambivalente sino laxo, y para algunos, ambiguo. También, en su aplicación se observa el entrecruzamiento, muchas veces inadvertido, de distintas visiones de la realidad social, como por ejemplo, la topológica, la sistémica, la psicológica, la infraestructural, la institucional, la social y la productiva, entre otras. Así el término ha pasado a ser de uso cotidiano, pero no su definición, comprensión y explicación. Tanto que no resulta fácil encontrar bibliografía que describa y explique el proceso psicosocial de formación e interacción en redes (Montero)[52].

4.4. Promoción del autocuidado en el personal de salud mental y prevención del síndrome de agotamiento profesional (burnout)

4.4.1. Marco de referencia

El personal que atiende pacientes con problemas emocionales por largos periodos o víctimas de eventos traumáticos, está en alto riesgo de desarrollar un cuadro caracterizado por distanciamiento emocional, estancamiento profesional y despersonalización, descrito desde los años setenta, llamado en inglés burnout (traducido literalmente "estar quemado"), que puede generar trastornos psicosomáticos, conflictos interpersonales con el equipo de trabajo y su familia, y, sobre todo, disminución de la capacidad para

50 Motta (2000) Redes sociales., fundamentos conceptuales.

51 Auslande y Litwin, 1987. Redes sociales.

52 Montero, M. (2003) Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Buenos Aires. Paidós.

brindar la atención humanizante y comprensiva, que las personas en sufrimiento requieren.

En esa medida, dentro de un Plan Maestro Integral de Salud Mental, es necesario incluir la descripción de los factores de riesgo y protección del agotamiento profesional; las acciones requeridas para el fomento de los factores personales, familiares, grupales, institucionales y sociales que protegen contra el síndrome; su prevención, detección temprana y tratamiento adecuado; como modelo de manejo de emociones y conductas saludables en el personal de salud mental, y no desvirtuar el trabajo cálido, amable, comprensivo y humanizante que merecen sus pacientes.

4.4.2. Factores de riesgo y protección

Posterior a la revisión de la literatura sobre el tema (Arón y Llanos, 2004; Posada, 2011; Grau y cols. 2009; Lederer y cols., 2008; Lee y cols. 2011) y de una reflexión grupal sobre los factores de riesgo y protección para desarrollar o no, el agotamiento emocional en el medio militar, se identifican los siguientes factores:

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
PERSONALES	
Rasgos de personalidad mal adaptativos (egocentrismo, inestabilidad emocional, dependencia, obsesividad, evitación).	Rasgos funcionales de personalidad (flexibilidad, estabilidad, adaptabilidad, proyección, orientación al servicio a los demás, solidaridad)
Conflictos en áreas de ajuste (pareja, familiar, económico, social).	Adecuadas redes de apoyo
Inexperiencia profesional y falta de supervisión clínica.	Formación académica y profesional sólida y actualizada
Excesivos o bajos estándares de ejecución.	Ejecución razonable ajustada a las posibilidades
Déficit en habilidades de afrontamiento con	Estilo de afrontamiento equilibrado entre la solución de los problemas, la expresión emocional y búsqueda de apoyo
Déficit en habilidades sociales.	Capacidad de empatía
Baja tolerancia a la frustración.	Capacidad de adaptación a condiciones adversas o extremas
Baja autoestima.	Autoesquemas flexibles
Necesidad excesiva de aprobación y reconocimiento social.	Capacidad de autoactualización y autoregulación
Baja motivación.	Voluntad de servicio auténtica
Alteraciones emocionales sin adecuado manejo.	Capacidad de automonitoreo y autoregulación emocional
Consumo de SPA.	Hábitos de vida saludable, uso adecuado del tiempo libre
INSTITUCIONALES Y ASOCIADAS AL DESEMPEÑO LABORAL	
Jornadas excesivas de trabajo	Balance entre tiempo de trabajo y descanso
Falta de reconocimiento a su labor personal y profesional	Oportunidades de formación y desarrollo profesional
La naturaleza de las problemáticas atendidas (medio militar)	Reconocimiento y apoyo institucional a la complejidad de la labor desarrollada
Alta demanda de cuidado de los pacientes	Suficiencia de recursos humanos, físicos y tecnológicos
Ausencia de trabajo en equipo interdisciplinario	Conformación y reuniones periódicas de equipos de trabajo interdisciplinarios
Multiplicidad de funciones	Claridad en funciones y procedimientos clínicos y administrativos
Alta rotación de personal	Desarrollo del personal en áreas específicas
Incertidumbre laboral	Estabilidad y proyección laboral

Tabla 14. Factores de risego y de protección en autocuidado del profesional de Salud Mental.

4.4.3. Acciones de promoción y prevención requeridas

De acuerdo con lo expresado por Posada J.[53] y Arón y Llanos[54], se proponen las siguientes acciones personales, grupales e institucionales para prevenir, detectar tempranamente e intervenir sobre la aparición del síndrome de agotamiento profesional.

Acciones de promoción y prevención a nivel personal

1. Asumir conductas de autocuidado y estilos de vida saludable.
   - Tomar descansos breves en el trabajo –pausas activas.
   - Generar espacios de reflexión, relajación y meditación.
   - Practicar actividades lúdicas, artísticas y deportivas.
2. Ajustar áreas de funcionamiento.
3. Autogestión para la preparación profesional continuada.
4. Aprender a reconocer necesidad de ayuda profesional.
5. Ampliar y fortalecer otras áreas de interés personal.
6. Manejo adecuado de tiempo.

Acciones de promoción y prevención a nivel grupal

1. Crear un grupo de apoyo en el trabajo.
2. Asistir periódicamente a discusiones de casos.
3. Realizar clubes de libros y revistas de diversas temáticas.
4. Promover encuentros de integración social, deportiva, cultural y familiar.
5. Promover actividades de cooperación y ayuda grupal.
6. Establecer espacios para definir y evaluar los logros y metas grupales.
7. Espacios de expresión de logros y decepciones en la labor profesional.

5. PROGRAMAS EN PREVENCIÓN

5.1. Adicciones psicológicas (sin drogas) y adicciones a sustancias psicoactivas

El uso de drogas, por parte del hombre, es tan antiguo como su propia historia. El alcohol o las plantas psicoactivas han formado parte de la 'cultura' y han sido consumidos ampliamente por diversos motivos y de forma claramente diferente, tanto en occidente como en oriente, en el norte y en el sur. Con el devenir de los tiempos su uso no solo no ha decrecido, sino que ha pasado a ser un problema de salud pública de primer orden. Han cambiado los motivos por los que se consume y se han modificado las formas de administración. A través de su uso, las personas transforman y modifican sus sensaciones, convirtiéndose en una forma fácil y rápida para combatir estados desagradables o simplemente para huir de situaciones estresantes.

Hasta ahora, se conocía el consumo de sustancias como la heroína, el crack o el alcohol. Pero estas últimas décadas se está caracterizando por el incremento de un fenómeno denominado **'adicciones sin drogas'**. Es decir, el desarrollo de un proceso adictivo sin que medie ingesta de sustancia alguna. Son adicciones comportamentales o psicológicas que se presentan asociadas a una determinada conducta (comer, jugar, sexo, comprar, Internet). Se relacionan con el desarrollo de actividades humanas que abstraen a las personas de su cotidianidad y les proporcionan bienestar, placer inicial, evasión de las propias circunstancias personales difíciles y que, finalmente pueden generar dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar el equilibrio homeostático. La supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito, conforma el núcleo central de la adicción[55].

53 Posada, J. (2011) Agotamiento profesional

54 Arón, A. y Llanos, M. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional. 2004

55 Lacoste, Jesús A. Citado por Gil, Adriana. Consecuencias sociales del uso de Internet. Barcelona: Editorial UOC, 2002. Página 124.

Las adicciones psicológicas (sin drogas) no figuran incluidas como tales en el DSM-IV ni en la CIE-10. En estas clasificaciones psicopatológicas los términos abuso y dependencia se reservan para los trastornos producidos por el uso de sustancias psicoactivas. Mientras que el término adicción implica en un sentido más amplio, de acuerdo a su origen etimológico derivado del latín "addictus", ser esclavo de algo, no necesariamente de una sustancia, sino de un hábito nocivo que parece ser irresistible para la persona. Sin embargo, el perfil clínico de los adictos al juego, sexo o internet y el enfoque terapéutico requerido son muy similares a los síndromes de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Algunas adicciones como la ludopatía (también llamada juego patológico) se clasifican en el DSM-IV en el capítulo de "trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados".

Para efectos de promoción, prevención y atención de estos trastornos, se usará el modelo planteado para los síndromes de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

5.1.1. Marco de referencia

De acuerdo a los informes de la OMS[56] se considera que a nivel mundial aproximadamente 205 millones de personas consumen sustancias psicoactivas ilegales, y de esta cifra 25 millones han desarrollado dependencia a las mismas. Lo cual ha conllevado a ser considerada como un problema de salud pública, de desarrollo socioeconómico y de seguridad para todos los países tanto industrializados como en vías de desarrollo.

Al tocar el tema de las adicciones, la mayor parte de la población desconoce que el uso de sustancias psicoactivas genera cambios en el cerebro y esta alteración fomenta el abuso compulsivo de las mismas; así mismo, no tiene claridad de las razones por las cuales algunas personas se vuelven adictas a las drogas; erróneamente se considera que el abuso de sustancias y la adicción son problemas estrictamente sociales y se caracteriza a los abusadores y adictos como personas moralmente débiles. Una creencia muy común es que los abusadores y adictos deberían poder dejar de consumir drogas con sólo estar dispuestos a cambiar su comportamiento, sin percibir la complejidad que encierra la adición a las sustancias psicoactivas.

La adicción es una enfermedad prevenible. Los resultados de las investigaciones auspiciadas por el National Institute on Drug Abuse (NIDA)[57] han demostrado que los programas de prevención que involucran a la familia, el medio académico, la comunidad y los medios de comunicación son eficaces para reducir el abuso de drogas. Si bien existen muchos eventos y factores culturales que afectan la tendencia de abusar las drogas, cuando los jóvenes perciben al abuso de drogas como perjudicial, reducen el mismo. Por lo tanto, es necesario ayudar a los jóvenes y al público en general a comprender los riesgos del abuso de drogas y continuar promoviendo, a través de los maestros, padres y profesionales de cuidados de la salud, el mensaje de que la adicción a las sustancias psicoactivas se puede prevenir si la persona se abstiene de comenzar a abusar de las drogas en primera instancia.

Considerando la prevención en consumo de sustancias psicoactivas como "un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de la droga"[58], se hace indispensable crear una cultura de la prevención para enfrentar esta problemática.

5.1.2. Plan de acción

Los objetivos de la prevención de acuerdo a Begoña[59] son:

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas

56 Principios del tratamiento de la toxicomanía. UNODC–OMS. Marzo 2008.

57 NIDA Info Facts: El abuso de drogas y la adicción. Enero 2009.

58 Martin, 1995. Citado por ICBF–OIM. Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD y en clubes prejuveniles y juveniles. Diciembre 2008

59 Begoña, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. España 2.002

- Limitar el número y tipo de sustancia utilizadas.
- Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en las personas que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
- Intervenir en las causas del malestar individual, modificando aquello que lo produce, o ayudando a la persona a superarlo.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludable.
- Ofrecer alternativas de vida saludable que retrasen el contacto con SPA; en el caso de que se tenga ingesta, buscar que los consumos sean esporádicos o cada vez más espaciados en el tiempo, y en el caso de los que aún no han consumido, brindar otras propuestas para que esta ingesta nunca suceda.

NIVEL DE PREVENCIÓN	TIEMPO	ACTIVIDAD	OBJETIVO/TEMÁTICA
Primaria	Antes del consumo	- Educación - Información - Alternativas de crecimiento o desarrollo personal o social	Fortalecimiento de las capacidades y recursos personales - Resolución de conflictos - Autoconfianza y autoestima - Estimulación de la creatividad - Creación de vínculos afectivos - Motivación y proyecto de vida
Secundaria	Al inicio del consumo	- Intervención en el momento de crisis - Diagnóstico precoz - Recurso de urgencia - Orientación en la crisis	Limitar el avance de un problema que está iniciando, asistiendo terapéuticamente a los grupos de vulnerabilidad media.
Terciaria	En presencia de situación de consumo	- Tratamiento - Desintoxicación - Internación/establecimientos de salud	Tratamiento directo en los individuos que presentan sintomatología orgánica o mental asociada al abuso o adicción a sustancias, brindando programas de rehabilitación y evitando consecuencias mayores como los transtornos ocasionados por el consumo, enfermedades incapacitantes o la muerte.

Tabla 15. Niveles de prevención. Consumo de SPA [60].

Dejar de abusar de las sustancias no se trata simplemente de tener fuerza de voluntad; los avances científicos demuestran con mucha exactitud cómo las drogas trabajan en el cerebro y se ha demostrado que pueden ser tratadas exitosamente, al lograr que el adicto deje de abusar de las drogas y vuelva a tener una vida productiva. De manera parecida a otras enfermedades crónicas, es común que haya recaídas y que el adicto comience a consumir sustancias nuevamente. Estas recaídas no significan un fracaso; deben ser consideradas como señal de la necesidad de reinstaurar, ajustar el tratamiento o establecer un tratamiento alternativo orientado a que la persona recobre el control y pueda recuperarse.

En la actualidad, se cuenta con tratamientos que ayudan a contrarrestar los efectos destructores de la adicción y a recuperar el

60 Begoña. 2002.

control. Las investigaciones demuestran que para la mayoría de los pacientes el mejor método de asegurar el éxito es una combinación de medicamentos para tratar la adicción, cuando los hay, con la terapia conductual. Se puede lograr una recuperación sostenida y una vida sin abuso de drogas usando enfoques diseñados específicamente para tratar el patrón de abuso de drogas específico de cada paciente, conjuntamente con cualquier problema médico, psiquiátrico o social concurrente.

5.2. Prevención en suicidio

5.2.1. Marco de referencia

El suicidio es un fenómeno multidimensional que ha sido abordado desde diversas disciplinas y corrientes teóricas. Los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que cada año se suicidan en promedio 1.000.000 de personas; cada 30 segundos se suicida una persona en el mundo, es decir que cada día mueren cerca de tres mil personas por este motivo; y por cada persona que acaba con su vida, al menos otras 20 fracasan en el intento. El suicidio es actualmente la tercera causa de mortalidad entre los 15 y los 34 años, si bien la mayoría de los suicidios son cometidos por adultos[61].

El impacto psicológico, social y económico de este tipo de muertes es significativo en términos de sufrimiento para los sobrevivientes y de disminución en la productividad por muertes prematuras. Así mismo, el trauma emocional que causa un suicido en el entorno del suicida, fallido o realizado, puede durar muchos años.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLF) informó que durante el año 2010 se presentaron 1.864 suicidios, representado en una tasa de 4 suicidios por cada 100.000 habitantes, cifra similar a lo reportado en años anteriores. "Al analizar la población en general se observa cómo esta violencia autoinfligida afecta más a unos que a otros; es decir, según la distribución por edad, las personas que se encuentran entre los 20 a 34 años optan más por este camino como un mecanismo de solución de conflictos. No obstante, es relevante señalar cómo este tipo de violencia también se está presentando en menores de 10 años, aun cuando en el 2010 fueran pocos los casos reportados. Esto debe tomarse como una alerta temprana y tenerse en cuenta para formular políticas que mitiguen este fenómeno en la población infantil y en general" [62].

Como presuntas razones más frecuentes se establecieron los conflictos con la pareja o expareja, las enfermedades físico–mentales y las situaciones económicas. De acuerdo con la ocupación sobresalen: los estudiantes, las personas que trabajan en el campo, los desempleados y quienes se encargan del hogar; así mismo, el consumo de sustancias psicoactivas ocupa un importante lugar dentro de los factores de vulnerabilidad. Los resultados arrojan que los hombres superan en el suicidio a las mujeres en una proporción de 4:1.

El principal mecanismo causal empleado en las conductas suicidas por hombres ha sido el ahorcamiento, seguido del arma de fuego, y en tercer lugar la intoxicación; es importante anotar cómo este último mecanismo es del que hacen mayor uso las mujeres, seguido por el ahorcamiento. No se observaron diferencias significativas en la temporalidad, pero se reportó mayor número de suicidios en los meses de mayo, junio y julio. Así mismo, se encontró que los domingos, seguidos por lunes y miércoles, fueron los días de la semana en los cuales se presentaron con mayor frecuencia estos eventos[63].

Las Fuerzas Militares han registrado desde enero de 2000 hasta diciembre de 2011 un total de 908 casos entre su personal activo. En lo que respecta al año 2011, se consumaron 62 casos, de los cuales el 53% corresponde a soldados e infantes de marina regulares, el 18% a soldados e infantes profesionales, el 10% a soldados campesinos, el 8% a soldados bachilleres, el 6% a suboficiales, un 3% a alumnos de las escuelas de formación y un 2% a oficiales. En las Fuerzas el grupo con mayor riesgo de muerte autoinfligida son los adolescentes y adultos jóvenes, de sexo mas-

61 Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

62 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2010.

63 Datos 2009; DRIP División de referencia de información pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

culino, siendo las armas de fuego el medio principal para la ejecución del acto suicida. A partir del análisis de casos reportados, se determinaron como presuntas razones más frecuentes para que un militar tome la opción de terminar con su vida: los conflictos de pareja y familia, seguidos por trastornos de ánimo, consumo de sustancias psicoactivas, impulsividad y trastornos de adaptación.

Las personas que planean el suicidio generalmente consideran que no les queda más alternativa, postura enmarcada dentro de la visión de túnel. Las señales de alarma que envían, pueden apreciarse como formas desesperadas de pedir ayuda, al no encontrar respuesta del medio, pueden decidir finalmente atentar contra su vida.

La prevención del suicidio incluye las medidas de soporte psicológicas, institucionales, educativas y sociales que incrementan la capacidad de los individuos para hacer frente a las situaciones de crisis. Puede clasificarse en dos tipos:

- Prevención indirecta: encaminada a la reducción de los métodos suicidas y problemas subyacentes como la enfermedad mental, el abuso de alcohol y drogas, la enfermedad física, las situaciones de crisis, etc., al conocimiento de los factores de riesgo que predisponen su aparición y al fortalecimiento de factores protectores.
- Prevención directa: acciones dirigidas a detectar e intervenir oportunamente en las personas que registran ideas suicidas, afrontando crisis que orienten a proteger la persona de la posibilidad de hacerse daño, mediante acompañamiento y fortalecimiento de sus recursos psicológicos.

5.2.2. Plan de acción

- Diseñar un procedimiento que le permita recolectar información sobre los aspectos claves a intervenir, de tal manera que simultáneamente se genere coparticipación del mando a todo nivel.
- Definir los objetivos del programa de pre- vención.
- Diseñar el modelo de intervención estableciendo las modalidades preventivas y las actividades para cada nivel de prevención.
- Implementar el modelo de acuerdo a los cronogramas establecidos.
- Evaluar resultados y formular nuevas propuestas de acuerdo a los hallazgos.

Se sugiere que el profesional en salud mental tenga en cuenta para la prevención indirecta (primaria):

- Promover el libre acceso sin estigmatización al servicio de Psicología, para todo el personal, mediante actividades grupales sobre temas como autoesquemas, proyecto de vida, manejo del tiempo libre, solución de conflictos (que se han descrito en el apartado de promoción).
- Minimizar el ingreso de personal que presente factores de riesgo como consumo de sustancias psicoactivas, intentos previos de suicidio, enfermedad mental, maltrato infantil, disfunción familiar y trastornos de conducta disocial, mediante la realización de una entrevista estructurada en la cual se aborden específicamente estos tópicos y la aplicación de pruebas de tamizaje de sustancias psicoactivas a todos los aspirantes.
- Entrenar y fortalecer los recursos personales para el manejo de crisis vitales.
- Promover la búsqueda de apoyo social, familiar y laboral en caso de crisis, antes de tomar decisiones.
- Promover el sentido de pertenencia y la cohesión entre el personal, abordar cuando sea necesario otras instancias de apoyo sobre las condiciones en que puede ser abordada la problemática.

En cuanto a la prevención directa (secundaria) se recomienda tener presente:

- Educar sobre mitos y realidades relacionadas con la depresión y el suicidio.
- Enseñar a reconocer tempranamente signos de alarma.
- Entrenar en primeros auxilios psicológicos
- Remitir, en forma inmediata y obligada, al personal detectado para valoración médica, psicológica o psiquiátrica.
- Concientizar sobre el apoyo que se le debe brindar a la persona que afronta una crisis potencialmente suicida.

5.3. Abordaje en familia

5.3.1. Marco de referencia

Es importante recordar que la familia es el capital social del Estado y de la sociedad y el contexto más propicio para generar vínculos significativos, favorecer la socialización y estimular el desarrollo de los individuos. Por lo tanto, es fundamental trascender la atención individual y activar los procesos de colaboración y de corresponsabilidad con la familia, porque al invertir en la familia como unidad, se está invirtiendo en el desarrollo de las personas, las comunidades y el país, y se está garantizando el cumplimiento de los derechos y el destino efectivo de los recursos.

La noción de familia encierra múltiples sentidos, pero su fundamento son los vínculos entre los seres humanos como esencia misma de la vida. Se conceptualiza así a la familia como unidad de supervivencia y de construcción de solidaridades de destino, a través de rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida, en el interjuego de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural.

La existencia de la familia depende de la interacción con su ambiente; ella, como grupo y sus miembros como individuos están siempre en una dinámica de influencia mutua, entre sí y con los parientes, la escuela, el trabajo, el barrio, la comunidad, la sociedad, etc. Todo acto humano afecta a los demás e implica un compromiso y unas reglas de relación.

La familia es una unidad de supervivencia, porque es en ella donde se satisfacen las necesidades básicas de orden afectivo, sexual, económico, de protección y de sentido de la vida de todos sus miembros. La vida humana depende de la satisfacción de esas necesidades, dentro de vínculos emocionales significativos que van más allá de la consanguinidad.

La supervivencia y el sentido se construyen a través de los rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida. En las actividades y en las conversaciones diarias, cada miembro de la familia es reconocido como persona, y el grupo se organiza para satisfacer sus múltiples necesidades, resolver sus dificultades y conflictos, decidir cómo se relaciona con el resto de la sociedad y proyectar su futuro.

La familia opera en el interjuego de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural porque, como sistema complejo, debe articular las variadas necesidades de los miembros de acuerdo con su momento vital y responder a las exigencias que le hace la sociedad de acuerdo con expectativas variables según la cultura vigente. Hay una relación de reciprocidad y de complementariedad entre las generaciones, donde los ciclos de vida de los individuos son los hilos con los que se teje el contexto familiar, el cual a su vez le da forma a los cambios del curso de la vida individual. Conforme van cambiando las necesidades individuales, el sistema familiar oscila entre períodos de gran cercanía y de gran distanciamiento. En este ciclo perpetuo de procesos de conformación, crianza y salida de los hijos del hogar para formar nuevos núcleos, la familia provee el ambiente para la pertenencia, la intimidad, la diferenciación y la individuación en los diferentes niveles generacionales.

Por esto, las situaciones que surgen en relación con niños, adolescentes, adultos y familias, emergen en la confluencia simultánea de circunstancias de orden vincular, social, político y económico, las cuales ubican a las familias en un continuo de vulnerabilidad y de generatividad, dependiendo de cómo ellas se apropian de los recursos disponibles. En consecuencia, la inclusión y la atención a las familias requiere estrategias de trabajo en red, que abarquen todos los factores que reducen la vulnerabilidad y aumentan la ge- neratividad de las mismas.

La intervención en prevención de problemáticas que afectan a las familias representa una estrategia vital cuando se quiere disminuir el riesgo de consecuencias como la desintegración familiar, que a su vez traerá otros problemas de comportamiento y trastornos psicológicos en los afectados como estrés, depresión e ideas suicidas, entre otros. La violencia familiar debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión,

la falta de respeto entre la pareja y los hijos, y una baja autoestima en la víctima hasta incluso, trastornos mentales.

Además, la problemática familiar repercute en otros ámbitos, como el colegio (problemas de conducta, rendimiento académico y deserción); el trabajo (ausentismo, baja productividad, despido y accidentes) o la comunidad (pandillerismo, delincuencia y adicción). Murueta (2009), en su análisis de las problemáticas familiares en Latinoamérica, expone los principales motivos de consulta de los miembros de las familias, los cuales con el transcurso de la intervención terapéutica hacen evidente otras problemáticas; estas se describen en la siguiente tabla[64].

64 Murueta y Guzmán. 2009. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. Amapsi Editorial. México.

Motivos de consulta o queja	Problemas identificados a lo largo de la intervención
a) Problemas de pareja	Infidelidad, celos, violencia, comunicación disfuncio- nal y estereotipos de género.
b) Divorcio o separación	Indecisión, relación de pareja no definida, conflictos con los hijos, estrés por sobrecarga de funciones en madre a cargo de hijos, y dependencia emocional hacia
c) Violencia	Comunicación disfuncional, anorexia, intento de suicidio, depresión, aprovechamiento escolar, aislamiento y sistema de creencias asociado al género.
d) Relación con los hijos	Reglas rígidas o laxas, hijos parentales y problemas de jerarquía, intromisión de familia de origen (abuela y tíos), dificultad para llegar a acuerdos entre los padres, triangulación de hijos y sobreinvolucración en la rela- ción madre-hijo.
e) Límites	Dificultades para llegar a acuerdos entre los padres, de- mandas y peticiones inadecuadas a la edad del hijo, se- paración de la pareja y ausencia del
f) Depresión y tristeza	Aparición de enfermedades crónico-degenerativas, problemas no resueltos en la relación de pareja, sobreinvolucramiento con hijos adultos y somatización.
g) Problemas escolares y de conducta	Padres agotados por trabajo, ausencia de rutinas para las tareas del hogar y escolares, jerarquía disfuncional, reglas no claras.

Tabla 16. Motivos más frecuentes de consultas de pareja y/o familia.

Las condiciones en las cuales se desenvuelve el ser humano determina la necesidad de cubrir todas aquellas áreas que complementan los valores inmersos en los diferentes escenarios de la vida. Al respecto, pensar en realizar prevención de los conflictos y dificultades familiares a nivel de salud mental, sugiere tomar en cuenta aspectos como:

- Propender por un mayor bienestar dentro de la familia disminuyendo con ellos las condiciones que podrían representar riesgo frente a los conflictos.
- Ajustar las necesidades de la vida diaria de cada uno de los integrantes del grupo familiar que optimicen la puesta en marcha de alternativas eficaces de ajuste.
- Favorecer acciones hacia determinantes de salud, tales como ingresos y vivienda.
- Reforzar y reconocer los logros de los individuos y sus familias.

5.3.2. Resiliencia

Se asume que todas las familias tienen resiliencia, es decir, cuentan con la capacidad para sobreponerse a la adversidad y aprovecharla como oportunidad de aprendizaje, desarrollo y proyección hacia el futuro.

La resiliencia familiar puede definirse como la capacidad de niños, niñas, adolescentes, adultos y familias para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual. Es una cualidad dinámica, siempre cambiante, que surge de la creencia en la propia eficiencia, la habilidad para enfrentar los cambios, y el repertorio de habilidades para resolver problemas.

Una persona no desarrolla la resiliencia por sí sola; para convertirse en un ser humano resistente al sufrimiento debe contar con un entorno que le permita activar sus recursos. Por lo tanto, es posible ser resiliente en una situación y no serlo en otra, reanudar el propio desarrollo en un medio y derrumbarse en otro. Existen factores a nivel individual, familiar y comunitario que favorecen la activación de la resiliencia.

5.3.3. Vulnerabilidad – Generatividad familiar

Se han identificado siete parámetros para elaborar el perfil de vulnerabilidad–generatividad familiar de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que estén atravesando las personas y las familias.



Figura 6. Perfil de vulnerabilidad-generatividad familiar

Parámetros	Criterios	
	Vulnerabilidad	Generatividad
RED VINCULAR Esta constituida por los miembros con los que conviven; los parientes con los que cuentan; las Instituciones que la apoyan; los grupos políticos, religiosos, deportivos, sociales, etc, a los que pertenece.	Red pequeña, vínculos débiles y desligamiento afectivo	Red suficiente y vínculos afectivos significativos
	Escasez de fuentes de apoyo social e institucional	Suficientes fuentes de apoyo social e institucional
FILIACIÓN Abarca los diversos tipos de vínculos entre miembros de la familia y de su red: • Consanguinidad. • Parento-filiales: adopción, custodia, patria potestad. • Conyugales: asociados al tipo de unión (civil, religiosa, de hecho). • Económicos: dependencia/autonomía económica de los miembros. • Sociales: pertenencia, anonimato o exclusión.	Confusiones o conflictos en los vínculos parento-filiales, conyugales y con los demás parientes	Claridad y acuerdo en los vínculos parento-filiales, conyugales y con los demás parientes
	Confusión y conflictos en vínculos económicos	Claridad y equidad en vínculos económicos
	Exclusión de la comunidad	Inclusión en la comunidad

SOCIOCULTURAL Circunstancias y valores sociales, tradicionales, religiosos y políticos relevantes; sentido atribuido a los eventos que motivan el contacto con los contextos jurídicos; circunstancias sociales y políticas específicas que inciden sobre el proceso de atención.	Circunstancias sociales y políticas agravan el problema.	Circunstancias sociales y políticas favorecen su solución.
	Circunstancias sociales y políticas obstaculizan la intervención.	Circunstancias sociales y políticas favorecen la intervención.
VULNERABILIDAD SOCIAL: Condiciones y acceso a: vivienda, salud, educación, ingreso/empleo, servicios públicos. Calidad del entorno: ambiental, transporte, equipamiento de servicios, etc.	Escaso acceso y apropiación de recursos para el bienestar socioeconómico de la familia y el afrontamiento de sus problemas.	Suficiente acceso y apropiación de recursos para el bienestar socioeconómico de la familia y el afrontamiento de sus problemas.
HISTÓRICO Y EVOLUTIVO: Historia familiar como relato encarnado de la familia; ciclo vital de los miembros y de la familia como grupo; eventos estresantes de la familia y en relación con el entorno, de orden afectivo, económico, de salud, de cuidado de los miembros, laborales, sociopolíticos, etc.	Existen eventos de la historia familiar que frenan su desarrollo.	No existen eventos de la historia familiar que frenen su desarrollo.
	Sobrecarga de demandas de los miembros en diferentes etapas evolutivas.	Adecuadas demandas para los recursos familiares.
	Acumulación de eventos estresantes en los últimos dos años.	Escasos eventos estresantes en los últimos dos años.
JURÍDICO: Procesos activos pendientes sobre asuntos de filiación y de cumplimiento de deberes conyugales y parento-filiales; otros procesos con la justicia ordinaria.	Presencia de procesos jurídicos que interfieren la vida familiar.	Ausencia de procesos jurídicos que interfieren la vida familiar.
DINÁMICA RELACIONAL: • Estilo de vinculación y de expresión afectiva • Estilo de organización familiar: toma de decisiones, resolución de conflictos, disciplina, ejercicio de la autoridad.	Conflicto conyugal, padre–hijos, madre–hijos, entre hermanos, con la familia extensa.	Armonía conyugal padre–hijos, madre–hijos, entre hermanos, con la familia extensa.

Tabla 17. Parámetros para el abordaje de la familia y sistemas de pertenencia.

La relación entre generatividad y vulnerabilidad permite comprender el alcance y la orientación de la intervención para el fortalecimiento y atención de la familia. Se entiende que a mayor vulnerabilidad y menor generatividad de la familia, se requerirá apoyo con otros contextos de ayuda a través de los cuales se les pueda brindar máxima protección y rehabilitación institucional, dado que la familia cuenta en ese momento con mínimas condiciones para asumir sus responsabilidades. Por el contrario, la generatividad corresponde al grado de autonomía y de autosuficiencia de la familia para satisfacer sus necesidades de toda índole.

5.3.4. Tipos de intervención con familias

INTERVENCIÓN	SITUACIÓN	SUPUESTO SOBRE LOS RECURSOS DE LA FAMILIA	OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN
APRENDIZAJE-EDUCACIÓN	La familia desea fortalecer algún aspecto de su vida relacional o del desarrollo de sus miembros.	La familia cuenta con suficientes recursos.	Ampliar y fortalecer los recursos existentes.
FACILITACIÓN	Crisis asociadas a transiciones vitales, propias del ciclo vital de la familia y de sus miembros.	La familia sufre un bloqueo transitorio para hacer uso de sus recursos internos existentes.	Activación de los recursos.
APOYO	Crisis que surgen ante eventos inesperados que amenazan la organización familiar.	La familia no cuenta en esos momentos con recursos específicos para afrontar ese evento.	Aportar los recursos faltantes mientras la familia activa sus mecanismos para obtenerlos por sí misma.
MEDIACIÓN	Conflictos entre los miembros.	Los recursos están congelados o invertidos en mantener el conflicto.	Liberación de los recursos de los miembros por transformación del conflicto y renegociación de las relaciones.
CONTROL Y TUTELA	Violencia, abuso o descuido grave.	Parálisis de los recursos y de las posibilidades de desarrollarlos.	Interrupción del circuito de violencia, renegociación de las relaciones y reactivación del proceso evolutivo.
TERAPÉUTICA	Alteraciones emocionales y relacionales que pueden configurar síntomas específicos.	Condiciones individuales no resueltas bloquean el desarrollo y apropiación de recursos de los miembros.	Generación de nuevas condiciones relacionales e individuales que favorezcan la activación y el desarrollo de nuevos recursos.
EN RED O INTERFAZ	Hay una problemática compleja que requiere la intervención de distintas instancias a varios niveles.	Se conjugan bloqueos y ausencias de recursos en diferentes niveles de la vida.	Optimizar y hacer más potentes los efectos de todas las intervenciones para generar la activación y asimilación de recursos individuales y de la familia como grupo en su entorno social.

Tabla 18. Tipos de intervención familiar.

Por lo anterior, es importante tener una mirada compleja y ecológica del fenómeno a intervenir, de allí que dentro del programa se busca, igualmente, construir contextos de ayuda interinstitucional con el fin de gestionar recursos en forma eficaz, activando redes de esta índole para el sistema familiar, creando espacios de conversación y trabajo bidireccional, con diferentes actores institucionales que permitirán ampliar y fortalecer los niveles de intervención.

La violencia es una condición que afecta a un gran porcentaje de la población a nivel mundial sin importar raza, condición social ni sexo; no hay país ni comunidad a salvo de ella, percibiéndose como un componente ineludible de la condición humana. Por su prevalencia y consecuencias, se considera un problema de

salud pública. Es vital generar planes de contingencia frente a sus nefastos estragos, pero también es urgente trabajar en su prevención.

Durante el año 2010, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 145.184 peritaciones clínico-forenses por violencia interpersonal; con relación al año anterior se presentó un incremento de 6.567 casos que corresponden a un 4%; por estos hechos se perdieron 194.851 años de vida saludable[65].

La violencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones[66]. Esta definición incluye varios aspectos que van más allá del acto físico de violencia.

En el informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) la violencia ha sido esquematizada en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva:

65 Forensis. 2010

66 OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002.

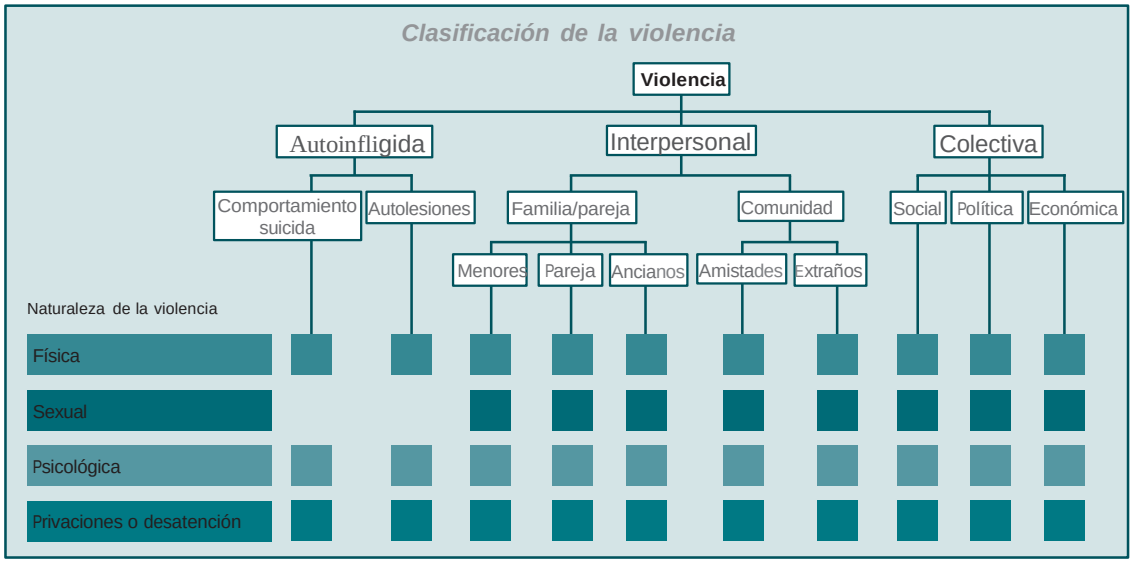


Figura 7. Fuente: OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002

5.3.5. Violencia Intrafamiliar

El grupo familiar, como sistema, tiene unos límites que tienen como función proteger a sus integrantes de las presiones exteriores y controlar el flujo de información que entra y sale en sus relaciones con el entorno, de manera que cumplen funciones tanto protectoras como reguladoras, con el fin de mantener a los miembros unidos y al sistema estable. De la misma forma, cuando se produce un cambio en uno de ellos, afecta a los demás y al grupo en su totalidad, en una cadena circular de influencia.

En su especificidad, posee un conjunto particular de papeles y reglas para su funcionamiento que permiten organizar las funciones y la interacción familiar, igualmente prescribe y limita la conducta de sus miembros para mantener la estabilidad del grupo. Sus roles son exclusivos como madre, padre e hijos, y encarnan expectativas sociales que a su vez están inmersas en concepciones y normas de carácter cultural que son propias a su idiosincrasia y su marco de referencia particular.

Una forma de comprensión de la familia podría basarse en analizarla como un sistema social natural con características propias, tales como el desarrollo de un conjunto de papeles y reglas, una estructura de poder, patrones específicos de comunicación y formas de negociación y resolución de problemas, a través de las cuales se despliegan las funciones inherentes a su naturaleza como grupo y como institución.

La familia, como institución, es una abstracción, o mejor aún, una serie de abstracciones de la conducta, que le permiten tener una visión particular de sí. Igualmente, es un grupo humano, a través del cual la institución se pone en acción y se perpetúa en el tiempo. Como grupo no es ya un sistema de normas sociales, sino una serie de personas que interactúan en la vida cotidiana, de manera que el foco de estudio se orienta más hacia su funcionamiento interno que hacia las relaciones normativas con el exterior. Según estas dinámicas puede considerarse como un agente social activo o pasivo; si su papel es activo, se la considerará como causal de cambios en otros aspectos de la estructura social, y si es pasivo será el receptáculo de la incidencia de otras instituciones. Por lo tanto, la familia es tanto causa como efecto de cambios hacia adentro y hacia afuera de sí misma.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registró, durante 2010, un total de 89.436 casos de violencia intrafamiliar, 4.426 menos que en el 2009, año en el que se conocieron 93.862. La tasa nacional fue de 196,53 por cada cien mil habitantes. El fenómeno de la violencia y en especial dentro del entorno familiar, representa un desafío muy interesante para todos los profesionales de la salud mental, que en algún momento tendrían que orientar sus acciones hacia la prevención y la atención de problemáticas derivadas de esto. Se considera que como eje de trabajo permite diseñar e implementar programas y acciones que a corto, mediano y largo plazo puedan favorecer la salud mental de la familia.

El fenómeno de la violencia y en especial dentro del entorno familiar, representa un desafío muy interesante para todos los profesionales de la salud mental, que en algún momento tendrían que orientar sus acciones hacia la prevención y la atención de problemáticas derivadas de esto. Se considera que como eje de trabajo permite diseñar e implementar programas y acciones que a corto, mediano y largo plazo puedan favorecer la salud mental de la familia.







Capítulo III

ATENCIÓN CLÍNICA DE TRASTORNOS MENTALES

1. MARCO DE REFERENCIA

De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición CIE-10 (OMS,1992)[67] y el Manual diagnóstico y estadís- tico de los trastornos mentales, 4ª edición DSM IV (APA, 1994)[68], se definen los crite- rios diagnósticos de los diferentes síndromes psicopatológicos englobados bajo el término "trastorno mental", que implica una alteración de una o varias de las funciones cognitivas, afectivas, conductuales y relacionales, que afecta la vida personal, familiar, laboral, o social de la persona. No se usa el término "enfermedad mental" hasta tanto se dilucide la presencia de cambios estructurales o funcionales en el sistema nervioso como causa de un determinado trastorno.

En ese sentido, las neurociencias han progresado considerablemente en las últimas dos décadas, evidenciando múltiples disfunciones e incluso cambios estructurales en el sistema nervioso en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros; sin embargo, no se identifica de la misma manera en trastornos de ansiedad como fobias, ansiedad generalizada, trastornos somatomorfos o disociativos, y definitivamente no la hay en los trastornos de adaptación, excepto cuando son muy intensos o prolongados como en el trastorno de estrés postraumático, sin que por este hecho dejen de causar gran sufrimiento y discapacidad a quien los padece. Se presente o no suficiente evidencia de etiología orgánica, el abordaje de estos trastornos debe ser integral, partiendo desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación, bajo un enfoque biopsicosocial.

67 CIE 10. Clasificación internacional de enfermedades. 10ª revisión.

68 DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

2. OBJETIVO

Fortalecer y estandarizar la evaluación e intervención en los trastornos mentales y del comportamiento cumpliendo con los sistemas diagnósticos y modelos terapéuticos soportados científicamente, con los atributos de la calidad (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad).

3. ESTRATEGIAS

Desde el modelo biopsicosocial, la atención de pacientes con trastornos mentales implica, para el equipo de la salud, el reconocimiento de la interrelación entre los niveles de atención a partir del trabajo en la comunidad hasta llegar en caso de necesidad a instituciones de tercer y cuarto nivel, contemplando el retorno a la comunidad del individuo afectado. De esta manera, se pretende alcanzar mayor cobertura y eficiencia en la utilización de los recursos, bajo los atributos de la calidad.

Promoción y prevención: El psicólogo de cada unidad debe desarrollar, con el apoyo de otras áreas de la salud, actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar la calidad de vida y generar recursos psicológicos, familiares, grupales y sociales de adaptación para manejo de crisis, dirigidos al mayor número de usuarios posibles del Subsistema en coordinación con las áreas de Desarrollo Humano, Capellanía y Comandantes a todo nivel. En especial, son fundamentales la promoción del buen trato a nivel familiar y laboral, el fomento de recursos personales y colectivos para afrontar el estrés y la prevención específica de la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio, enfocados en poblaciones de riesgo.

Detección temprana: El psicólogo de cada unidad, con el apoyo de otras áreas de la salud, debe educar el mayor número de usuarios posibles, acerca de las manifestaciones que indiquen que una persona padece de un trastorno mental o de alteración del comportamiento; y orientarla para que acepte consultar al especialista, generando consciencia de que se trata de un problemas de salud que puede afectar a cualquier persona, evitándose señalamientos que obstaculicen la búsqueda de ayuda. Se debe realizar entrevista clínica en casos específicos y pruebas psicológicas durante los exámenes de incorporación y comprobación a todos los aspirantes, para evitar exponer personas de alto riesgo a un ambiente militar que puede precipitar la aparición de estos trastornos.

Diagnóstico inicial: El psicólogo de cada unidad con el apoyo del personal de enfermería y otras áreas de la salud debe brindar entrenamiento a todo el personal para detectar y diagnosticar oportunamente los trastornos mentales y del comportamiento, e iniciar el manejo adecuado a la mayor brevedad con el fin de evitar de complicaciones.

De acuerdo a lo anterior, a continuación se plantean las condiciones que identifican los niveles de atención para la activación y puesta en marcha de protocolos y guías de manejo.

Manejo primer nivel: El médico general y el psicólogo de la unidad deben establecer el diagnóstico y referir a segundo nivel apoyando al psiquiatra en el manejo del paciente.

Manejo segundo nivel: El manejo debe quedar a cargo de los médicos especialistas en psiquiatría, ya sea red propia o a través de convenios con IPS de la región, con el apoyo del equipo interdisciplinario de salud mental. El psiquiatra determinará el tratamiento farmacológico y la necesidad de hospitalización de acuerdo a la condición clínica del paciente.

Manejo tercer nivel: El paciente puede requerir referencia al Hospital Militar para hospitalización o cuando a juicio del psiquiatra tratante se requiere interconsulta de subespecialidades como adicciones, niños y adolescentes o enlace; en esta última, para paciente con comorbilidades físicas que requieren manejo conjunto con otras especialidades. También se remitirán al Hospital Militar los casos resistentes al tratamiento y los pacientes que requieran de procesos de rehabilitación en salud mental.

Seguimiento: Es necesario que los profesionales en salud mental establezcan dentro de los planes de intervención, aquellas estrategias de seguimiento a los casos que han requerido atención psicológica o psiquiátrica, de tal forma que se pueda reunir información de respaldo al tipo de estrategias y a la labor de los psicólogos y otros profesionales que hayan estado vinculados con el caso.

Criterios de remisión: Se establecen los siguientes criterios para realizar interconsulta o remitir a Psiquiatría cuando se detecte la presencia de trastornos descritos en este manual:

- Insomnio persistente, severo o acompañado de pesadillas.
- Ansiedad severa que bloquee la aplicación de técnicas psicoterapéuticas.
- Hay indicios de pérdida del juicio de realidad evidenciada por ideas delirantes, alucinaciones o alteraciones graves del comportamiento o del lenguaje.
- Riesgo moderado o alto de auto o heteroagresión.
- Se desconfía de condiciones médicas que afectan el curso del tratamiento.
- Se sospecha o existe evidencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Marco conceptual

El abordaje de los trastornos emocionales y del comportamiento en el mundo entero reviste gran interés para las instituciones prestadoras de cuidado en salud, así como para la comunidad en general y las familias de personas que padecen de alguna alteración del espectro de la salud mental. De igual forma, se hace necesario definir si los tratamientos de los trastornos son en verdad eficaces.

Lo relevante de este planteamiento implica conocer de los costos de la atención por el incremento que ha tenido este rubro en las últimas décadas, de tal forma que se busca definir las prácticas clínicas basadas en evidencia científica respaldada en resultados de la investigación. Al partir de reconocer la relación entre salud mental física y bienestar social, surge más claramente la necesidad de brindar atención a quienes padecen de algún tipo de alteración mental y del comportamiento en los diferentes sectores de la población.

Las personas con condiciones de trastorno mental, principalmente aquellas con condiciones crónicas a largo plazo, necesitan participar en programas de desarrollo por varias razones, ser una parte activa de las sociedades y no ser marginadas, permitiéndoles ser miembros que trabajan por la oportunidad de recuperar su autonomía y estabilidad emocional, así como brindar las condiciones adecuadas para favorecer la efectividad de las estrategias terapéuticas que han de procurar este objetivo.

Se plantea en los documentos sobre salud mental (OMS, 2010) que los programas y acciones trabajen en proveer tratamiento físico y mental integrado y cuidado primario y en integrar los principios de la salud mental en políticas amplias en salud, en los servicios durante y después de las emergencias, en el desarrollo de programas de servicio social, en educación y protección de los derechos humanos de quienes padecen trastornos mentales.

Las intervenciones en trastornos mentales y del comportamiento hoy día establecen la puesta en marcha de modelos terapéuticos y fundamentos de su efectividad que permitan combinar principios y herramientas de trabajo orientados hacia el mismo propósito, ***favorecer la recuperación del paciente.***

4. GUÍAS DE ATENCIÓN DE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

4.1. Guía de atención en consumo de sustancias psicoactivas

GUÍA DE ATENCIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo del uso y abuso de sustancias psicoactivas, con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
Definición de términos **Adicción a sustancias psicoactivas.** Enfermedad crónica del cerebro que genera cambios en su estructura y funcionamiento, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que le rodean. Comúnmente la decisión inicial de consumirlas es voluntaria, pero con el tiempo los cambios en el cerebro causados por el abuso repetido afectan el autocontrol y la habilidad del usuario para tomar decisiones racionales, al mismo tiempo que envían impulsos intensos de usar drogas. **Dependencia.** Síndrome caracterizado por el deseo fuerte o irresistible de recurrir al uso de sustancias psicoactivas. Tal deseo compulsivo se puede observar especialmente durante los intentos de llegar a la abstinencia o de autorregular el uso de la sustancia.

Tolerancia. Característica de la dependencia de sustancias que consiste en el hecho de que una sustancia psicoactiva, administrada a un sujeto, debe ser incrementada progresivamente en sus dosis para llegar a alcanzar los mismos efectos que antes se producían con la administración de dosis menores. Se produce como consecuencia del consumo repetido, lo que condiciona que la intensidad de la acción de la sustancia sea cada vez menor.

Síndrome de abstinencia. Síndrome constituido por signos y síntomas específicos, de carácter tanto físico como psíquico, peculiares para cada tipo de dependencia. Supone la existencia de neuroadaptación, acompañada por un deseo intenso de volver a consumir la sustancia.

Sustancias psicoactivas (SPA). La OMS las define como sustancias naturales o sintéticas que al ser introducidas al organismo alteran su actividad psíquica y funcionamiento por su efecto en el sistema nervioso central (ver anexos 1 y 2).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS [69, 70]

Tres o más de las siguientes manifestaciones en un lapso de doce meses:

- Tolerancia.
- Abstinencia/privación.
- Consumo de cantidades cada vez mayores de la sustancia.
- Deseo persistente y esfuerzos infructuosos de reducir o suspender el consumo.
- Mucho tiempo y actividades invertidos en conseguir la sustancia.
- Trastornos en el desempeño social, ocupacional o recreacional.
- Uso continuo a pesar de saber el daño que se causa a sí mismo o a otras personas.

Tres o más de las siguientes manifestaciones:

- Deseo intenso o compulsión de consumir la sustancia.
- Dificultades para controlar la conducta de consumir en términos de su inicio, terminación, o niveles de consumo.
- Condición fisiológica de privación/abstinencia.
- Evidencia de tolerancia.
- Abandono progresivo de alternativas de esparcimiento u otros intereses.
- Persistencia en el consumo a pesar de tener evidencias claras de consecuencias nocivas.

FACTORES DE RIESGO

La evidencia científica indica que la evolución de la enfermedad es resultado de una compleja interac- ción multifactorial entre la constitución biológica de la persona, el entorno social y la edad o etapa de desarrollo en que se encuentra; mientras más factores de riesgo se tienen, mayor es la probabilidad de que el abuso de drogas se convierta en adicción.

Biología: los genes, en combinación con las influencias del entorno, son responsables de alrededor de la mitad de la susceptibilidad a la adicción. El sexo, la etnia y la presencia de otros trastornos mentales también pueden influir sobre el riesgo para el abuso de drogas y la adicción.

Entorno o medio ambiente: el entorno de cada persona incluye en muchos factores, desde la familia y los amigos hasta el estado socioeconómico y la calidad de vida en general. Ciertos factores como la presión de los amigos o colegas, el abuso físico o sexual, el estrés y el papel que juegan los padres pueden tener una influencia SIGNIFICATIVA sobre el curso del abuso de drogas y la adicción en la vida de una persona.

Etapa de desarrollo: los factores genéticos y ambientales interactúan con las etapas críticas del desarrollo humano afectando la susceptibilidad a la adicción, siendo la adolescencia una etapa en que se enfrenta un doble reto. Aunque el consumo de drogas a cualquier edad puede llevar a la adicción, mientras más temprano se comienza a consumir drogas, mayor es la probabilidad de progresar al abuso más serio. Esto se debe a que las áreas del cerebro que gobiernan la toma de decisiones, el juicio y el autocontrol aún se están desarrollando durante la adolescencia, lo que hace que los adolescentes sean especialmente proclives a comportamientos de riesgo, lo que incluye la experimentación y el abuso con las drogas.

69 DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000.

70 "CIE-10" Stands for international statistical classification of diseases and related health problems. 10th edition.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

La institución militar, a pesar de los controles en los procesos de selección y seguimiento del personal, no escapa a la realidad nacional e internacional del creciente consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en la población joven, tanto en personal activo como en beneficiario.

Para abordar integralmente este problema, es necesario enfatizar en los procesos de selección la realización de pruebas de tamizaje a todos los aspirantes a ingresar e indagar directamente por el antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, pues la mayoría de integrantes que manifiestan estos cuadros tienen historia de consumo con patrón de abuso o dependencia previa a su ingreso.

En la misma medida, se deben realizar controles aleatorios periódicos con pruebas de tamizaje con el objetivo de detectar e intervenir tempranamente los casos que se descubran. A la par que se desarrollan estrategias psicoeducativas advirtiendo los riesgos del consumo y fomentando la búsqueda de ayuda profesional en forma espontánea, se debe generar una conciencia creíble de que si alguien consume sustancias psicoactivas, no solo está afectando su salud, sino su desempeño laboral y será detectado e involucrado en un tratamiento.

Evaluación

Si se tiene en cuenta un esquema evolutivo hacia la adicción, clínicamente se pueden describir cuatro etapas de la enfermedad.



Consumidor

1. Comportamiento
   - Inicialmente descubre un cambio en su estado de ánimo.
   - No hay cambios significativos de comportamiento.
   - Continúa actividades de ocio sin consumo de alcohol y/o cigarrillo.
   - Metas a largo plazo realizables y pone empeño en alcanzarlas.
   - Mayor prevalencia de amigos no consumidores.
   - Consume solo ante la oferta de otros amigos, pareja o familiar.
   - No busca las situaciones de consumo.
   - Toma contacto con la droga por curiosidad o presión grupal, puede o no continuar con el consumo.
2. Frecuencia de consumo
   - En celebraciones o encuentros sociales.
3. Actitud familiar
   - "Es en familia".
   - "Es solo para celebrar".
4. Justificación
   - "No es problema".

Usuario

1. Comportamiento
   - Busca sentir los efectos.
   - El consumo pasa a ser una necesidad.
   - Se inicia la exploración de nuevas sustancias buscando cambios en el estado de ánimo.
   - Se hace de manera planificada.
   - El uso de SPA se empieza a considerar como parte de la interacción social.
   - Se refuerza en pautas culturales de consumo.
   - En el mantenimiento del uso inciden factores de riesgo de tipo social como la presión de amigos o la disponibilidad de sustancias.
2. Frecuencia de consumo
   - Cada seis meses a una vez al mes.
3. Actitud familiar
   - Trata de ocultar la situación, se aferra a la ilusión de poder solucionarlo antes de que alguien se entere, sin saber que esta actitud atenta contra la recuperación del adicto y contribuye a la continuidad y desarrollo de la enfermedad.
   - "Es mejor que lo haga con nosotros".
   - "Es algo de la edad".
4. Justificación
   - "Todo el mundo lo hace".
   - "Es de vez en cuando".

Abusador

1. Comportamiento
   - La necesidad de consumo es compulsiva.
   - Debido a la tolerancia es más difícil alcanzar el estado de ánimo deseado.
   - Sentimientos de culpa por cosas hechas bajo el efecto de la sustancia.
   - Baja autoestima.
   - Configuración de encadenamiento y ritual de consumo.
   - Debilitamiento y/o extinción de los mecanismos de autocontrol.
   - Afecta su sistema orgánico o psíquico, contribuyendo a la aparición de enfermedades, aumentando el riesgo de morir.
   - Deterioro de las relaciones familiares y sociales.
   - Afecta la eficacia laboral o escolar.
2. Frecuencia de consumo
   - Varias veces en la semana.
3. Actitud familiar
   - Se sienten culpables, y comienzan a generar síntomas de codependencia, como obsesiones, falta de límites, comportamientos arbitrarios e inadecuados, control compulsivo, despersonalización, actitudes solidarias inapropiadas, etc.
   - "El problema es él o ella, tengo que ayudarlo".
4. Justificación
   - "El problema son los demás".
   - "Necesito estudiar o trabajar".
   - "Yo salgo solo de esto".

Adicto

1. Comportamiento
   - El consumo se vuelve constante y sin ningún control.
   - Su atención se centra en la búsqueda de la droga.
   - Se observa el deterioro físico y psíquico.
   - Patrón desadaptativo de abuso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínico.
   - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
   - Problemas legales repetidos relacionados con la ingesta perjudicial de la sustancia.
   - Se presenta el síndrome de abstinencia ante la supresión de la ingesta o por la disminución de la sustancia.
2. Frecuencia de consumo
   - Consumo asiduo.
3. Actitud familiar
   - Se convierten en cómplices del adicto y pierden autoridad, cediéndole el poder al enfermo quien los mantiene engañados y prisioneros con falsas promesas, delirios de grandeza, proyectos utópicos y agresiones.
   - "Hay que internarlo en alguna parte".
4. Justificación
   - "No puedo, necesito ayuda".
   - "Soy lo peor, ya no hay solución".

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

- Determinar comorbilidades psiquiátricas tanto en Eje I (trastornos mentales) como en Eje II (personalidad/retardo mental) y/o desajustes familiares, ocupacionales, económicos o sociales que estén desencadenando o perpetuando el cuadro.
- Estudiar la afectación en la salud física y mental secundaria al consumo, mediante examen físico, mental y paraclínicos.
- Valorar el riesgo, prevenir y manejar la intoxicación y síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas.
- Brindar tratamiento psicofarmacológico cuando esté indicado.
- Referir a otras especialidades médicas cuando esté indicado.
- Hacer seguimiento de la evolución durante el programa.
- Emitir conceptos sobre pérdida y recuperación o no de la aptitud psicofísica para continuar al servicio de la Institución, en el caso de personal activo.

INTERVENCIÓN

Metas

- Suspender o reducir el consumo de sustancias psicoactivas.
- Reducir los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Lograr un desempeño apropiado en la familia, en el trabajo y en la sociedad.

Los factores individuales que inciden sobre el cumplimiento del tratamiento son:

- Motivación/disposición para modificar la conducta de consumir drogas.
- Grado de apoyo familiar y de los amigos.
- Presión al tratamiento por parte del sistema judicial, la institución de bienestar infantil/familiar, la entidad laboral (empleador) o la familia.

Los factores de un programa que inciden sobre el cumplimiento del tratamiento son:

- Una relación terapéutica positiva entre el consejero y el usuario/consultante.
- Un plan de tratamiento claro que le permite al usuario/consultante saber qué puede esperar durante el tratamiento.
- Disponibilidad de servicios médicos, psiquiátricos/psicológicos y sociales.
- Disponibilidad de medicamentos si se requieren.
- Atención continuada o postratamiento.

Principios de un tratamiento efectivo

- Ningún tratamiento es apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe estar disponible y ser accesible.
- Un tratamiento efectivo atiende múltiples necesidades, no solo el uso de drogas.
- El plan de tratamiento debe ser evaluado continuamente y modificado según se requiera para asegurar que cubra las necesidades cambiantes del usuario.
- Permanecer en tratamiento por un período de tiempo adecuado es crucial para la efectividad de dicho tratamiento.
- La consejería (individual y/o grupal) y otras terapias conductuales son necesarias.
- La medicación es un componente importante del tratamiento para muchos usuarios, especialmente cuando se combina con terapia conductual.
- Las personas con desórdenes mentales concurrentes deben ser tratadas de manera integral.
- La desintoxicación es solo la primera etapa del tratamiento de la adicción y es insuficiente para cambiar el consumo prolongado de drogas.
- El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.
- El posible consumo de drogas durante el tratamiento debe ser monitoreado continuamente.
- Los programas de tratamiento deben comprender exámenes de VIH/sida y otras enfermedades infecciosas, así como asesoría para ayudar a los usuarios a cambiar conductas de riesgo para sí mismos y para otras personas.
- La recuperación de la dependencia de drogas puede ser un proceso largo y comúnmente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Tipos de tratamiento

El tratamiento comprende los siguientes tipos de intervención:

1. **Desintoxicación: es un proceso en el que las personas reciben tratamiento para los síntomas de abstinencia/privación que sobrevienen cuando se suspende el consumo de sustancias adictivas. Se realiza bajo el cuidado de un médico en situación de internamiento o de atención externa**
2. **Tratamiento farmacológico:**
   - Suministro de medicamentos para reducir la severidad y los riesgos de los síntomas de abstinencia/privación.
   - Medicación para prevenir o reducir la recaída en el uso de drogas ilícitas:

     Tabaco (nicotina): Ofrecer manejo farmacológico con sustitutos de nicotina, análogos de nicotina (vareniclina) o bupropión según esté indicado.

     Alcohol, benzodiazepinas u opiáceos: valorar y manejar riesgo de síndrome de abstinencia con benzodiazepinas, agonistas-antagonistas opiáceos y clonidina.

     Manejo farmacológico de prevención de recaídas con naltrexona, metadona o buprenorfina, entre otros, según esté indicado.

     Manejo de comorbilidades psiquiátricas: de acuerdo a guías de manejo clínico de trastornos mentales, ajustado a las necesidades específicas del paciente con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

     Adicciones sin drogas (trastornos del control de impulsos como ludopatía, adicción al sexo, compulsión alimentaria, etc.): valorar y formular si está indicado inhibidores de recaptura de serotonina, noradrenalina, dopamina o modulares del estado de ánimo para contribuir al manejo integral.
3. **Tratamiento residencial (internamiento):** los programas de tratamiento residencial brindan atención 24 horas/día en contextos no hospitalarios
   - Comunidad terapéutica
     - Tratamiento altamente estructurado (6-12 meses).
     - Enfocado a la resocialización.
     - Desarrollo de responsabilidad personal.
   - Programa de "rehabilitación"
     - Típicamente dura 30 días.
     - La atención posterior incluye consejería o grupo de autoayuda, tratamiento externo/ambulatorio.
4. T**ratamiento externo/ambulatorio, generalmente comprende:**
   - Sesiones semanales durante 90-120 días.
   - Participación de la familia.
   - Estrategias de reforzamiento positivo.
   - Terapia cognitiva-conductual (ver anexo 7).
   - Reuniones de la modalidad "12 pasos" o participación en grupos de apoyo.
   - Pruebas de orina y alcoholemia.
   - Medicación según se requiera.

Consideraciones especiales cuando la familia se involucra en el tratamiento

- La familia es una fuente poderosa de soporte y ayuda.
- La familia y otros allegados pueden participar eficazmente en el proceso de tratamiento si el consultante lo acepta.

Metas de la participación que involucra a la familia

- Ayudar a los miembros de la familia a entender y manejar la problemática de la persona con consumo de psicofármacos.
- Ayudar a alcanzar las metas de recuperación de la persona farmacodependiente.

Reacciones de la familia

Los miembros de la familia comúnmente experimentan los siguientes sentimientos y reacciones ante los problemas de la persona farmacodependiente:

- Negación
- Vergüenza
- Culpa
- Ira
- Confusión
- Preocupación
- Cambios en ellos mismos
- Negociación
- Control
- Desorganización

Terapia cognitiva conductual (TCC) y la prevención de recaídas (PR) (ver anexo 3)

La prevención de recaídas con orientación cognitiva conductual es una forma de "diálogo terapéutico" empleada para enseñar, animar y apoyar a las personas sobre la forma de reducir y suspender el consumo nocivo de sustancias psicoactivas; brinda habilidades orientadas a lograr y mantener la abstinencia de sustancias.

La PR se centra en la etapa de mantenimiento del cambio de la conducta de consumo, con dos metas principales:

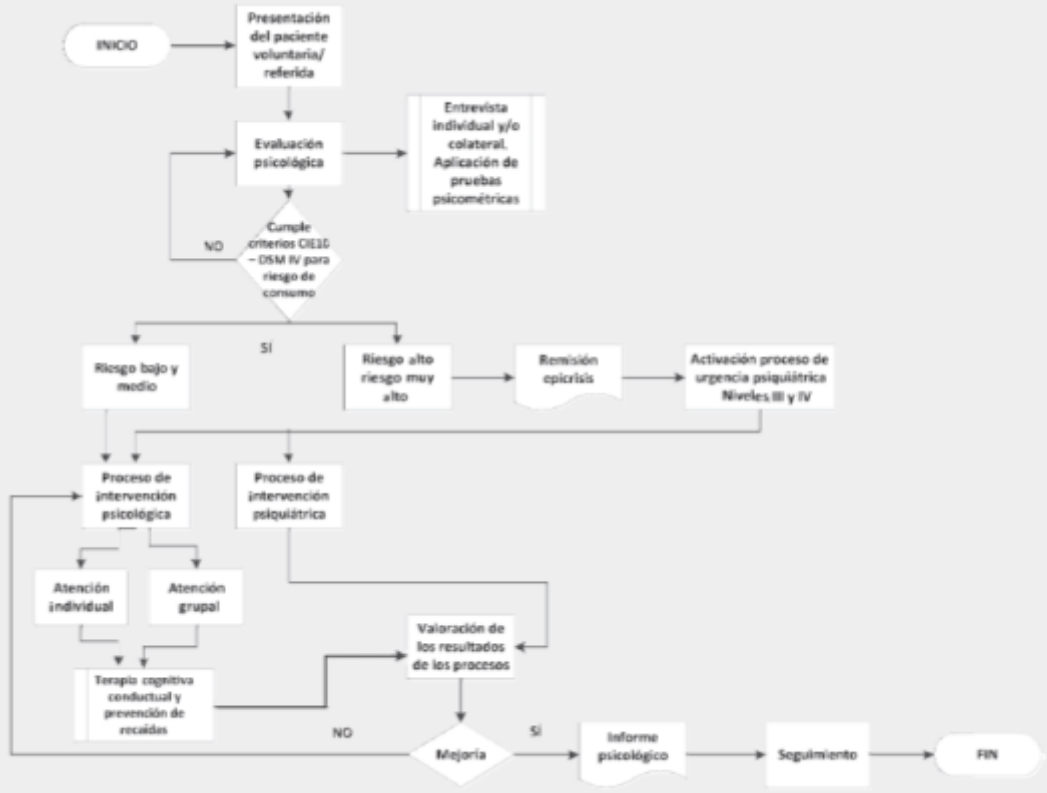
- Prevenir la ocurrencia de reincidencias tempranas después de haber asumido un compromiso de cambio.
- Evitar que una eventual reincidencia avance convirtiéndose en una verdadera recaída.

FASE	OBJETIVO
Modificación de comportamientos	- Seguir un programa de actividades de bajo riesgo. - Reconocer situaciones de consumo (alto riesgo) y evitarlas. - Manejar eficazmente una variedad de problemas y conductas problemáticas asociadas con el consumo de sustancias.
Reestructuración cognitiva	- Facilitar el conocimiento necesario sobre la adicción/dependencia. - Enseñar sobre condicionamiento, factores desencadenantes y ansias de consumir. - Enseñar habilidades cognitivas ("detener el pensamiento" y "contener el impulso"). - Centrarse en la prevención del consumo.
Técnicas para el tratamiento del abuso de sustancias–prevención de recaídas	
Análisis funcional Anexo 4	**Objetivo:** conocer los detalles del consumo de sustancias; determinar cómo el uso de sustancias está conectado a otros aspectos de la vida; los detalles son cruciales para diseñar un plan de tratamiento efectivo.
	Las cinco preguntas: - Los periodos o momentos **cuando** consume. - Los lugares **donde** consume y compra las sustancias. - Las señales externas y los estados emocionales que pueden desencadenar el deseo de consumir **por qué**. - Las personas con **quienes** consume sustancias o de quienes las recibe. - Los efectos que producen las sustancias, psicológicos y fisiológicos **para qué**.

71 Memorias primer seminario de prevención del consumo de sustancias psicoactivas FF. MM. - entrenamiento en la estrategia TREATNET. Noviembre 2010.

Desencadenantes del consumo (señales condicionadas) y ansias de consumir	**Determinar desencadenantes externos** - Personas: amigos que usan drogas, expendedores. - Lugares: bares, fiestas, casas de consumidores, sitios de la ciudad donde se consumen drogas. - Cosas: sustancias, implementos para usar drogas, dinero, alcohol, películas que muestran consumo de sustancias. - Periodos de tiempo: días de pago, festivos, ratos de ocio, salida del trabajo, momentos de estrés. **Determinar desencadenantes internos** - Ansiedad - Ira - Frustración - Deseo sexual - Euforia - Aburrimiento - Fatiga - Alegría
Situaciones de alto y bajo riesgo	- Las situaciones que conllevan desencadenantes y han sido asociadas con el consumo de sustancias se denominan situaciones de alto riesgo. - Otras situaciones (o lugares, personas, etc.) que nunca se han asociado al consumo de sustancias se denominan situaciones de bajo riesgo. - Un concepto importante de la TCC es enseñar a los consultantes a reducir su exposición a situaciones de alto riesgo y aumentar su permanencia en situaciones de bajo riesgo.
Estrategias para manejar las ansias de consumir	El abusador y adicto creen que una vez que empiezan a sentir ansias de consumir es inevitable consumir. En su experiencia, siempre ceden a las ansias tan pronto como comienzan y, entonces, consumen la sustancia. Es necesario implementar estrategias para controlar las ansias: - Emprender actividades no relacionadas con sustancias. - Hablar de las ansias. - "Surfear" las ansias (como si fueran una ola). - Detener el pensamiento/relajarse. - Contactar a un amigo que no consuma o a un consejero. - Orar/meditar.
Habilidades para rechazar el consumo de sustancias – cómo decir "NO"	**Habilidades de rechazo:** elementos claves - Responder rápidamente (no dudar o vacilar; sin titubeos). - Sostener la mirada de la persona que ofrece o incita. - Responder con un "NO" claro y firme que no deje la puerta abierta a futuros ofrecimientos. - Acortar la conversación. - Retirarse de la situación.
Previniendo la ruptura de la abstinencia	**Síndrome de violación de la abstinencia** Los consultantes necesitan saber que si tropiezan y consumen de nuevo alcohol o drogas, no significa que se volverán adictos nuevamente. Se debe ayudarles a contextualizar y "redimensionar" el evento de consumo, y prevenir que la reincidencia se convierta en un retorno a la situación de dependencia.
Cambiando el estilo	Asumir nuevas conductas sin drogas: "inducir y reforzar" intentos de probar nuevas conductas o retomar conductas anteriores sin drogas.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV.
- CIE10 Clasificación de trastornos mentales 10th edition".
- Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARD, en clubes prejuveniles y juveniles. ICBF-OIM. Diciembre 2008.
- Mack AH, Harrington AL, Frances RJ. Clinical Manual for Alcoholism and Adictions. American Psychiatric Publisher; Washington, 2001. Pág. 288.
- Masson. Barcelona: 2003
- Memorias primer seminario de prevención del consumo de sustancias psicoactivas FF. MM. - entrenamiento en la estrategia TREATNET. Noviembre 2010.
- Principios del tratamiento de la toxicomanía. UNODC-OMS. Marzo 2008.
- De Salvador, Gloria. Los Contextos de Consumo y la Prevención Integral. Documento interno. Fundación Prever. 2008.

4.2. Guía de atención en riesgo suicida

GUÍA DE ATENCIÓN EN RIESGO SUICIDA
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo de riesgo suicida con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
Definiciones de términos **Acto suicida** (OMS): toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y del conocimiento de los verdaderos motivos. **Suicidio:** acción de quitarse la vida. **Conductas suicidas:** son las encaminadas a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida. **Riesgo de suicidio:** es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida. **Suicidio frustrado:** acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista. **Intento de suicidio:** acto realizado por la persona con el propósito de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo. **Ideación suicida:** pensamientos que motivan a la persona a actuar como agente de su propia muerte. Se le denomina **no estructurada** cuando no hay un método definido, y **estructurada** cuando el paciente ha elegido un método. Se llama **plan suicida** cuando además de haber elegido el método, se tiene acceso a él; se ha definido el lugar y la hora para hacerlo y cómo evitar ser descubierto antes de lograrlo. **Gesto suicida:** acto de autoagresión, con el propósito consciente o inconsciente de llamar la atención sobre un problema y recibir ayuda. Ocurre cuando la persona no ha desarrollado o ha usado infructuosamente otras estrategias de afrontamiento para resolver una situación o un malestar emocional. No implica que más adelante, de no prestarse una atención respetuosa y comprensiva, pueda aumentar su severidad o convertirse en un intento suicida. Por ello no se debe minimizar su gravedad y se debe manejar como si fuera un intento suicida. **Amenaza suicida:** es dar a entender con palabras sobre una acción suicida que se realizará. **Suicidio racional:** una persona que inmersa en una enfermedad crónica, incapacitante y/o deterioro progresivo toma la decisión de suicidarse como la solución a su sufrimiento. **Parasuicidio:** conductas intencionalmente dolorosas, destructivas o perjudiciales, sin intención de morir, pero que por su peligrosidad pueden derivar en muerte.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA	
En los estudios de riesgo suicida se concibe este fenómeno como multidimensional en el que intervienen varios factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y situacionales, que interactúan a lo largo del ciclo vital de la persona. El riesgo **de suicidio** es la probabilidad estadística de que una persona atente contra su vida con un fin último de muerte.	
NIVEL DEL RIESGO SUICIDA	INDICADORES DEL RIESGO
Ningún riesgo predecible	- No hay historia ni intentos de suicidio. - No hay ideación suicida. - Mantiene contacto social y familiar. - Tiene red de apoyo adecuado.
Riesgo bajo	- Ideación suicida. - Método suicida de baja letalidad. - No hay historia ni intentos previos. - No hay pérdidas recientes. - Recursos sociales presentes pero problemáticos. - Incremento de abuso de alcohol o SPA.
Riesgo moderado	- Ideación suicida. - Método suicida de alta letalidad sin plan. - Método suicida de baja letalidad con plan. - Intentos con la posibilidad de ser rescatado. - Ambivalencia entre querer vivir o morir.
Riesgo alto	- Método suicida de alta letalidad con plan suicida. - Tiene claridad en cometer suicidio. - Historia de intentos previos. - Bajas habilidades de comunicación con otros. - Está más a favor de la muerte que de la vida. - El método es de alta letalidad sin probabilidad de ser encontrado.
Riesgo extremo	- Método de alta letalidad con plan suicida. - Disponibilidad de cometer suicidio. - Historia de intentos previos. - Intento sin posibilidad de ser encontrado. - Ideas a favor de la muerte.

FACTORES DE RIESGO

Factores demográficos

- Edad: adolescentes y adultos jóvenes. Aumento de incidencia en niños y adolescentes.
- Sexo: más frecuente en mujeres, en una proporción de 4:1(Forensis, 2009).
- Estado civil: más frecuente en viudos, separados y personas solas.
- Ocupación: más frecuente en desempleados y empleados no calificados.
- Orientación sexual: pueden tener un mayor riesgo de conductas suicidas los homosexuales y bisexuales.

Presencia de trastorno mental

- Trastornos del humor: especialmente en fases depresivas; los episodios mixtos se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida e intentos.
- Esquizofrenia: aumenta en los pacientes que han sido hospitalizados.
- Trastornos de ansiedad: su prevalencia puede ser subestimada por el enmascaramiento de la ansiedad, por los trastornos afectivos y por el consumo de alcohol.
- Trastornos alimentarios: especialmente la anorexia nerviosa.
- Trastornos de consumo de alcohol.
- Otros trastornos por consumo de sustancias: especialmente comunes entre los adolescentes y adultos jóvenes que mueren por suicidio.
- Trastornos de personalidad.
- Comorbilidad: se presenta por lo general con la depresión mayor, trastornos límite y antisocial de la personalidad, el alcoholismo y otros trastornos por consumo de sustancias.

Síntomas específicos

- Estados de angustia severa y de pánico.
- Alto grado de desesperanza, tristeza, soledad o diagnóstico clínico de depresión mayor.
- Comunicación del intento a otras personas.
- Modificación de una condición clínica.
- Abuso o adicción a sustancias psicoactivas o intoxicación alcohólica.
- Impulsividad, hostilidad, agresión.
- Iniciación o interrupción de medicación.
- Mejoría repentina de un estado de ánimo deprimido.
- Cuadros psicóticos en especial cuando se acompañan de alucinaciones.

Historia personal y familiar

- Disolución de relación amorosa o pérdida significativa reciente.
- Familias disfuncionales y/o caóticas.
- Historia de violencia intrafamiliar y abuso o precocidad sexual.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Intentos previos (a mayor severidad, mayor riesgo).
- “Epidemia de suicidios”.
- Pérdidas escolares.
- Reto o desafío.
- Afrontamiento impulsivo de los problemas.
- Enfermedades crónicas, dolorosas o pacientes terminales.
- Homosexualidad asociada a problemática VIH/sida.
- Ausencia de creencias religiosas: las personas tienen menos probabilidades de actuar en pensamientos suicidas cuando tienen una fe religiosa fuerte y convicción que el suicidio es moralmente malo o pecaminoso.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Se han descrito algunos factores considerados como protectores frente al riesgo suicida:

- Red social de apoyo funcional.
- Matrimonio y presencia de hijos dependientes.
- Tener creencias y actividades religiosas.
- Ausencia de depresión y consumo de sustancias.
- Tener habilidad para resolver problemas.
- Tener planes para un futuro.
- Ausencia de enfermedad física grave o enfermedad mental.
- Leyes que restringen el porte de armas.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Evaluación (ver anexo 5)

Las escalas de valoración del riesgo de suicidio se usan como ayuda y no como instrumentos de predicción o como sustitutos de una evaluación clínica completa. La evaluación debe contemplar los siguientes aspectos:

Señales de alerta

Se definen como las señales tempranas detectables que indican un alto riesgo de suicidio. La Asociación Americana de Suicidio identifica tres señales de alerta que requieren **atención inmediata:**

a) Intención de herirse o quitarse la vida.
b) Mirar o buscar formas para quitarse la vida, tales como tener acceso a pastillas, armas u otras maneras de suicidarse.
c) Hablar o escribir acerca de la muerte, de morir o del suicidio.

En contraste, existen otras señales que requieren un **tratamiento psicológico** para prevenir el acto suicida, que incluye:

a) Desesperanza.
b) Ira.
c) Realizar conductas de riesgo.
d) Sentirse atrapado.
e) Incremento del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
f) Aislarse de los amigos y familia.
g) Ansiedad, agitación, inhabilidad para dormir, o dormir todo el tiempo.
h) Cambios drásticos de humor.
i) No tener razón de vivir o sentido de la vida.

Enfermedad mental

- Trastornos mentales y problemas de comportamiento: especial atención a trastornos del humor (principalmente depresión mayor o episodios mixtos), esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad (principalmente trastornos límite y antisocial de la personalidad).
- Anterior diagnóstico de trastorno mental y tratamiento, incluyendo inicio, curso y hospitalizaciones psiquiátricas, así como el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

Historia

- Los intentos previos de suicidio, intentos fallidos de suicidio u otros comportamientos autoagresivos.
- Diagnósticos médicos anteriores o actuales y los tratamientos, incluyendo cirugías u hospitalizaciones.
- Antecedentes familiares de intentos de suicidio, suicidio; enfermedad mental y abuso de sustancias psicoactivas.

Aspecto picosocial

- Presencia de crisis psicosociales: pérdidas interpersonales reales o percibidas, dificultades financieras, cambios en el estatus socioeconómico, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, abuso sexual o físico, negligencia, estado laboral, condiciones de vida (presencia de bebés o niños en el hogar) y la presencia o ausencia de redes de apoyo.
- Constelaciones familiares y la calidad de las relaciones entre sus miembros.
- Creencias culturales o religiosas sobre la muerte o el suicidio.

Fortaleza y vulnerabilidad individual

- Habilidades de afrontamiento.
- Rasgos de personalidad.
- Respuestas previas al estrés.
- Contacto con la realidad.
- Tolerancia al dolor psicológico.
- Satisfacción psicológica.

Criterios de referencia

- El punto inicial es asegurar la supervivencia del paciente.
- Prevención de nuevos intentos, inmediatos o a largo plazo.
- Hospitalización mientras persista el riesgo suicida.
- Controlar el entorno inmediato (armamento, tóxicos, etc.) minimizando riesgos.
- Remisión si el nivel de atención lo amerita.
- Psicoeducación en la entrega del paciente a los familiares que permita entender la problemática y establecer qué hacer ante conductas de riesgo.

INTERVENCIÓN

En el manejo del riesgo suicida es fundamental establecer una alianza terapéutica caracterizada por la empatía y la confianza. Al ser la problemática del suicidio resultado de la interacción de varias causas y factores, la terapia debe ir encaminada a intervenir en los aspectos detectados en la evaluación inicial, los instrumentos psicométricos y la formulación clínica.

El paciente debe aprender a examinar las fuentes, las funciones y la utilidad de sus creencias.

- Evaluación del riesgo suicida.
- Eliminar el plan de suicidio elaborado.
- Identificación de las relaciones entre los pensamientos, actitudes distorsionadas y negativas y las respuestas emocionales y conductuales.
- Identificación de las secuencias entre los pensamientos y motivación hacia el suicidio.
- Exploración de los pensamientos depresivos suicidas y los significados que el paciente asigna a los acontecimientos.
- Examen, revisión y sometimiento a juicio de las cogniciones distorsionadas usando la lógica y comparándolas con la realidad.
- Consideración de explicaciones alternativas.
- Listado de razones para vivir y para morir.
- Generar formas alternativas de responder a los factores de estrés ambientales y psicológicos.
- **Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva del profesional de salud que atiende al paciente**

Ambulatorio: En los casos con riesgo bajo, se debe evaluar levantando ficha psicológica, escalas de depresión y riesgo suicida y seguimiento diario para definir situación; es importante asignar un observador que se encuentre cerca del paciente y reporte cambios comportamentales de riesgo; en caso de encontrarse en el medio militar, se retira el armamento y se realiza seguimiento diario mientras se remite para evaluación a psiquiatría.

Criterios para tratamiento ambulatorio

- Ausencia de síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones).
- Bajo nivel de ansiedad o perturbación anímica.
- Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente.
- Ausencia de un plan suicida por parte del paciente.

Hospitalización: Se realiza la evaluación posterior a la urgencia; esta debe ir dirigida a levantar ficha psicológica, evaluar situaciones críticas y apoyar proceso psiquiátrico, así como establecer contacto familiar y evaluar redes de apoyo que permitan anclaje de vida al paciente.

Criterios de hospitalización

- Es importante tener en cuenta los siguientes factores, de tal manera que su abordaje permita que el psiquiatra identifique las acciones y objetivos de las mismas, para considerar la decisión de hospitalización:
- Riesgo suicida persistente.
- Pacientes con diagnóstico de depresión mayor.
- Condiciones médicas asociadas que ameriten hospitalización.
- Pacientes psicóticos, comorbilidad con trastornos por uso de sustancias psicoactivas o trastornos mentales orgánicos.
- Sospecha de maltrato.
- Pobre apoyo social y familiar.
- Antecedente de evento crítico reciente.

Criterios de alta: En la asistencia del intento suicida, ocurrido en un primer nivel de atención, el criterio de alta se establece cuando el riesgo de suicidio ha desaparecido o ha disminuido a corto plazo, y los síntomas de su patología de base han sido estabilizados o han disminuido lo suficiente, se ha fortalecido la red de apoyo para garantizar una continuidad del tratamiento ambulatorio.

Referencia y contrarreferencia

Los casos detectados en las unidades, en los dispensarios y en las consultas de psicología de las diferentes unidades deben ser remitidos al servicio de psiquiatría, donde se realizará la valoración y el tratamiento especializado, devolviendo la contrarreferencia a la unidad de origen con las recomendaciones y plan de tratamiento.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- CIE 10. 1990.
- DSM IV. 1994.
- Ellis, Albert. Cognición y suicidio.
- Guía de manejo terapéutico del potencial suicida. Dirección de Sanidad Ejército Nacional. 2010.
- Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 8ª edición. 2008.
- León S., Javier. 1998. Guías para manejo de urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Nemeroff, Charles. 2002. Recognition and treatment of psychiatric disorder.
- Pascual, P. y cols. 2005. El paciente suicida. Guías clínicas Finisterra.
- Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association. 2003.
- Revista Virtual Forensis. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2009.
- Sabogal G., Miguel. 2006. Guías para el manejo de las principales psicopatologías. Asociación Colombiana para la Salud Mental. Cartagena.
- Taylor, Robert L. Enmascaramiento psicológico.
- TF P. Zabala; TK L. Gómez. Manual para análisis de caso suicida ARC 2011; Psicólogas Armada Nacional.
- Wenzel, A., Brown; G & Beck Aaron. 2009. Cognitive therapy for suicidal patients. Washington: American Psychological Association.

4.3. Guías de atención de conflicto de pareja

GUÍA CLÍNICA DE MANEJO CONFLICTO DE PAREJA
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo de los conflictos de pareja con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Parejas del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de Colombia
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
Se observa que los conflictos de pareja en el mundo entero registran un número cada vez más creciente al estar relacionados con la violencia verbal, psicológica, física, infidelidad, exigencias de la pareja en términos de tiempo, insatisfacción de necesidades económicas y afectivas, dificultades en los patrones de comunicación, conflicto de roles, entre otros. Esta situación desencadena separaciones, trastornos emocionales en los miembros de la familia; alteraciones de comportamiento en los hijos, que generan desintegración familiar y afección del funcionamiento individual en las diferentes áreas de ajuste; por tal razón es importante diseñar e implementar estrategias orientadas a brindar atención oportuna a la solución de conflictos de pareja, con el fin de fortalecer la unidad familiar y así mantener el personal altamente operativo y motivado.
DESCRIPCIÓN CLÍNICA
Los conflictos de pareja están representados por una serie de aspectos que afectan tanto a cada uno de los miembros que la conforman como también a la estructura misma y dinámica de los aspectos funcionales de la relación de pareja. Entre ellos se mencionan [72]: 1. Deficiencias en la comunicación verbal y no verbal. 2. Dificultad para resolver problemas y tomar decisiones que involucran manejo de la familia política, factores económicos, entre otros. 3. Intercambio o reciprocidad negativa. 4. Pensamientos negativos hacia el otro (atención selectiva, atribuciones y expectativas). 5. Problemas sexuales. 6. Igualmente, factores como presencia de trastornos psicológicos: ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, entre otros.
FACTORES DE RIESGO
Al revisar diferentes planteamientos de literatura en relación con los factores que pueden potencialmente contribuir a los conflictos de pareja[73], se plantea que los eventos que desencadenan estas crisis son: • Eventos de desmembramiento: eventos vitales familiares, que constituyen separación de algún miembro y que provocan crisis por esta pérdida familiar (hospitalización, separación, divorcio, traslado, muerte). • Eventos de incremento: los que provocan crisis a causa de la incorporación de miembros en la familia (adopciones, llegadas de familiares, nacimientos). • Eventos de desmoralización: que ocasionan crisis por constituir hechos que rompen con las normas y valores de la familia (alcoholismo, infidelidad, farmacodependencia, delincuencia, encarcelamiento, actos deshonrosos). • Eventos de desorganización: son aquellos hechos que obstaculizan la dinámica familiar y que por su naturaleza y repercusión facilitan las crisis familiares (pareja infértil, escaso tiempo en pareja, divorcio, accidentes, enfermedades psiquiátricas graves y retraso mental, desapego afectivo).

72 Martínez, P. (1995). Factores de riesgo del conflicto marital. Suma Psicológica. 2, 1. Págs. 69-103

73 Ortiz T. Citado por Patterson J. Families experiencing stress family. Syst. Med. 1988; 6(2): 200-30.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Evaluación

Es importante evaluar los siguientes aspectos:

1. Componentes conductuales:
   - Proceso de comunicación en la pareja.
   - Estrategias de solución de problemas.

2. Componentes emocionales:
   - Cambios de ánimo después de interacciones negativas en pareja.
   - Respuestas emocionales identificadas por cada uno de los miembros de la pareja.

3. Componentes cognoscitivos:
   - Estilo de pensamientos como evaluación de la situación de pareja.
   - Condiciones de atribución establecida para explicar el comportamiento del otro.
   - Presencia de pensamientos automáticos disfuncionales.

Estrategias

1. Entrevista clínica tanto de la pareja en conjunto, como de tipo individual.
2. Aplicación del Test de Ajuste Marital (MAT, Locke y Wallace, 1959).
3. Inventario de Creencias sobre la Relación (RBI, Eidelson y Epstein, 1982 y/o considere instrumentos como "El Matrimonio Perfecto", Inventario de Interacción de Pareja) y/o Inventario de Interacción de Cautella.

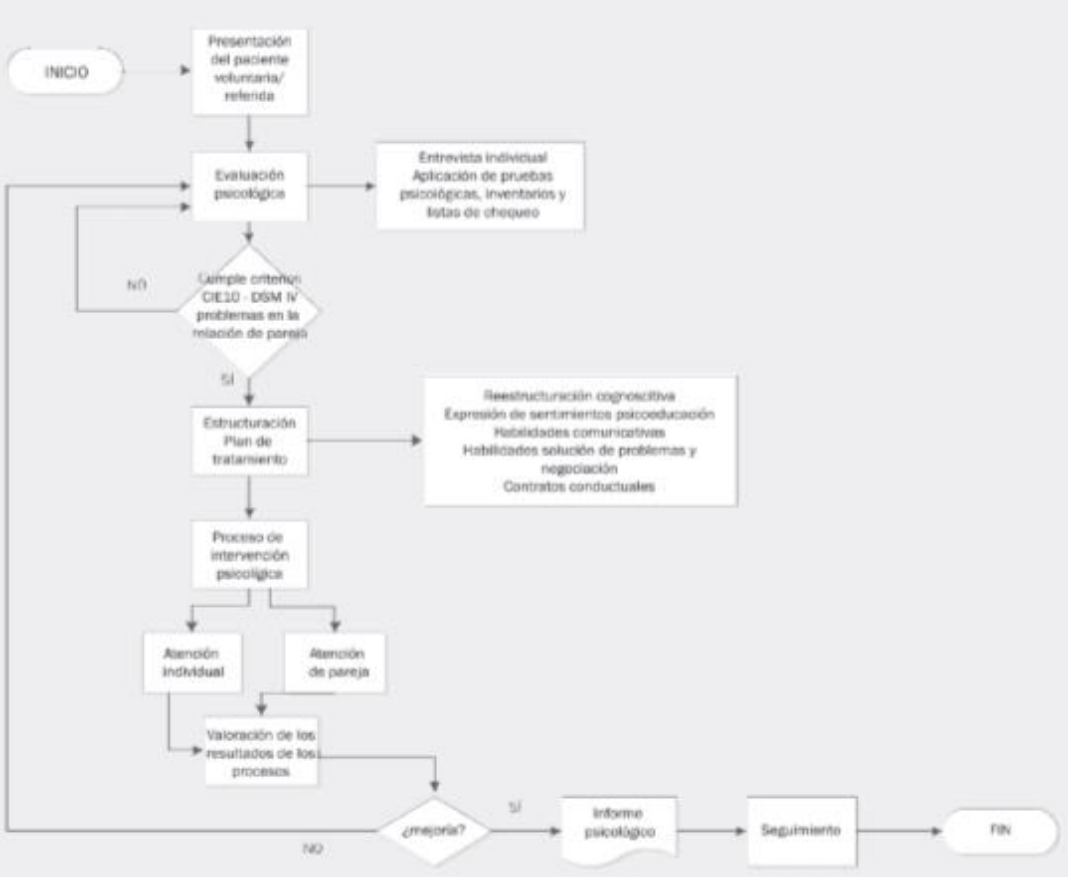
INTERVENCIÓN

La implementación de un plan de tratamiento psicológico pretende incrementar acontecimientos maritales positivos, y fomentar hábitos y estilos asertivos de comunicación y solución de problemas bajo condiciones de tensión y crisis.

Se sugiere tener en cuenta algunas estrategias que el profesional puede estructurar para los planes de intervención, entre ellas se incluyen:

a) Psicoeducación en relación de pareja, mejorar la reciprocidad o el intercambio positivo.
b) Reestructuración cognoscitiva.
c) Entrenamiento en expresión de sentimientos positivos e intercambio conductual.
d) Entrenamiento en habilidades comunicativas.
e) Entrenamiento en habilidades para la solución de problemas y negociación.
f) Contratos conductuales.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Caballo, Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 2.
- CIE 10. 1998.
- DSM IV R. 1996.
- M. Davis, M. McKay, y E. R. Eshelman. Técnicas de autocontrol emocional.
- Martínez, P. (1995). Factores de riesgo del conflicto marital. Suma Psicológica. 2, 1. 69-103.
- Ortiz T. 1988. Citado por Patterson J. Families experiencing stress family. Syst Med; 6(2): 200-30.
- Robert L. Taylor. Enmascaramiento psicológico.

4.4. Guías de atención de duelo

GUÍAS DE ATENCIÓN DE DUELO
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para la atención de las personas que se encuentren viviendo la experiencia del duelo, con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

La biografía de toda persona se encuentra ligada a la pérdida y separación constante de elementos que conforman su vida; esto evoca consciente o inconscientemente el pensamiento de temporalidad de nuestra existencia en este mundo (Cabodevilla, 2002).

El mismo autor define el duelo como la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o algún aspecto de la vida incluido en las siguientes categorías:

- Pérdidas de personas significativas.
- Pérdidas de aspectos de sí mismo.
- Pérdidas de objetos externos.
- Pérdidas ligadas con el desarrollo.
- Pérdidas de objetivos, de ideales, de ilusiones.

La exclusión de alguno de estos elementos ocasiona una serie de reacciones o sentimientos y emociones en donde priman la angustia y la depresión. Freud, citado por Cabodevilla (2002), define el duelo como un "pasar normal", frente al paso anormal de una pérdida, en donde se invierte la energía emotiva; además, resaltó los rasgos del duelo, un profundo abatimiento, falta de interés por el mundo exterior, embotamiento afectivo.

El duelo es un periodo en el cual se da un proceso de incorporación de esa pérdida en la vida del doliente; durante este tiempo se trabaja en el ajuste a una vida donde se incorporan comportamientos que ayudan a restablecer el nuevo equilibrio. Este periodo no tiene una duración definida, ni una intensidad fija; algunas personas tardan más que otras, y para otras es más difícil establecer nuevamente el equilibrio; sin embargo, se ha identificado unas fases que la persona cursa durante el proceso de duelo:

1. **Etapa de conmoción y negación**
   Es una sensación de desconcierto donde no se da crédito a lo que se vive; puede haber despersonalización, es decir, como si se viviera fuera de sí mismo. La persona funciona como si nada estuviera pasando o, por el contrario, se queda inmóvil e inaccesible; en este punto la persona no ha dimensionado lo que pasa (Cabodevilla, 2002); es un mecanismo de defensa cognoscitivo ante el fuerte impacto y que protege de un desajuste emocional desproporcionado.
2. **Etapa de ira y agresividad**
   Cabodevilla (2002) la describe como una época de cierta agresividad, muchas veces dirigida hacia quienes se considera fueron los responsables del deceso; la ira puede ser dirigida hacia sí mismo en forma de culpas, autorreproches y autocastigo. Pueden aparecer ilusiones o pseudoalucinaciones en las que se ve al difunto, y provocar gran ansiedad y confusión. Además, la persona puede perder la memoria y sentirse aislada del mundo.
3. **Etapa de desesperanza**
   El mismo autor plantea que el deudo va tomando conciencia de lo sucedido, se experimenta una tristeza profunda que puede ir acompañada de llanto constante y un sentimiento de desprotección y vacío interno. Muchas personas se aíslan socialmente; en este punto la familia y amigos se distancian un poco para evitar la saturación. La persona comienza a comprender lo sucedido y que esto va a ser permanente. Se evidencia la necesidad de adaptarse a este nuevo cambio.
4. **Etapa de reorganización**
   En este punto, se empieza a modificar el patrón de vida, se activan los recursos personales, se experimenta una sensación de alivio, se recuerda al ser querido sin aquel dolor intenso de las primeras fases; se comienza a reanudar la vida social. A medida que avanza el tiempo, las fechas especiales y los aniversarios son cada vez menos dolorosos (Cabodevilla, 2002).

El curso por estas etapas suele durar, en nuestro medio, uno a dos años y se ve influido por la relevancia afectiva que se tenía con el fallecido, la forma en que fallece la persona y la situación social.

DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

La categoría duelo puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona en duelo valora el estado de ánimo depresivo como «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado, a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo «normal» puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida (DSM IV TR, 2002).

Además del diagnóstico de duelo, se pueden presentar episodios depresivos de diferentes categorías:

Las características esenciales de un episodio depresivo mayor son:

- Un período de al menos dos semanas durante el cual existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día.
- El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.
- El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves, la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

FACTORES DE RIESGO

Se incluyen aquellos factores que han sido abordados en el estudio de variables emocionales en personas que han tenido experiencias de duelo por fallecimiento o cambio en su condición física.

Factores demográficos

- Edad: menores y adultos mayores.
- Sexo: más frecuente en mujeres.
- Estado civil: más frecuente en personas solas.
- Ocupación: más frecuente en desempleados y empleados no calificados.

Presencia de trastorno mental

- Trastornos del humor: especialmente en fases depresivas.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de consumo de alcohol.
- Trastornos de personalidad.
- Comorbilidad: por lo general, depresión mayor, trastornos límite y antisocial de la personalidad.

EVALUACIÓN

Etapa de entrada
Objetivos
- Establecer el primer contacto terapéutico.
- Recolección de la información: identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problema.
- Diseñar, planificar y desarrollar el proceso de evaluación psicológica, en el que se debe diferenciar las siguientes tareas:
  1. Comprender el caso o problema planteado.
  2. Generar hipótesis e identificar variables para evaluar.
  3. Evaluar las variables elegidas.
  4. Generar conclusiones diagnósticas y las orientaciones o alternativas adecuadas.

Procedimiento
- Recepción y evaluación del paciente.
- Revisión de la historia clínica incluyendo evaluaciones médicas (si se requieren).
- Revisión de resultados de pruebas anteriores si se dispone de ellas.
- Contacto con fuentes de referencia para aclaración en caso de ser necesario.
- Selección del procedimiento de evaluación.

Instrumentos
- Entrevista (formato de evaluación establecido por institución de salud).
- Observación directa y registros de canal de respuesta asociado con su cotidianidad en los cuales se puedan identificar las características de estas repuestas en la vida del paciente.

INTERVENCIÓN

Raphael (1977) propone dividir el proceso de la terapia del duelo en tres fases:
- Alentar al paciente a que hable de las circunstancias que condujeron a la pérdida, su reacción a esta y el papel que cree que desempeñó en la misma (atribuciones).
- Alentar al paciente a que hable de la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos. Se pueden utilizar apoyos físicos (fotografías y otros recuerdos) para esta labor.
- Una vez que va cediendo la idealización de la relación, se pueden examinar las situaciones relacionales que produjeron ira, culpa, anhelo o tristeza inhibida, e introducir alternativas a su conceptualización (desde un punto de vista más reciente: retribuciones y construcciones alternativas).

En general, el terapeuta puede seguir esta secuencia. Ramsay (1977) ha apuntado una serie de técnicas que pueden contribuir al proceso de "elaboración" del duelo que se señalan a continuación.

Técnicas de intervención

a) <u>Técnicas conductuales</u>

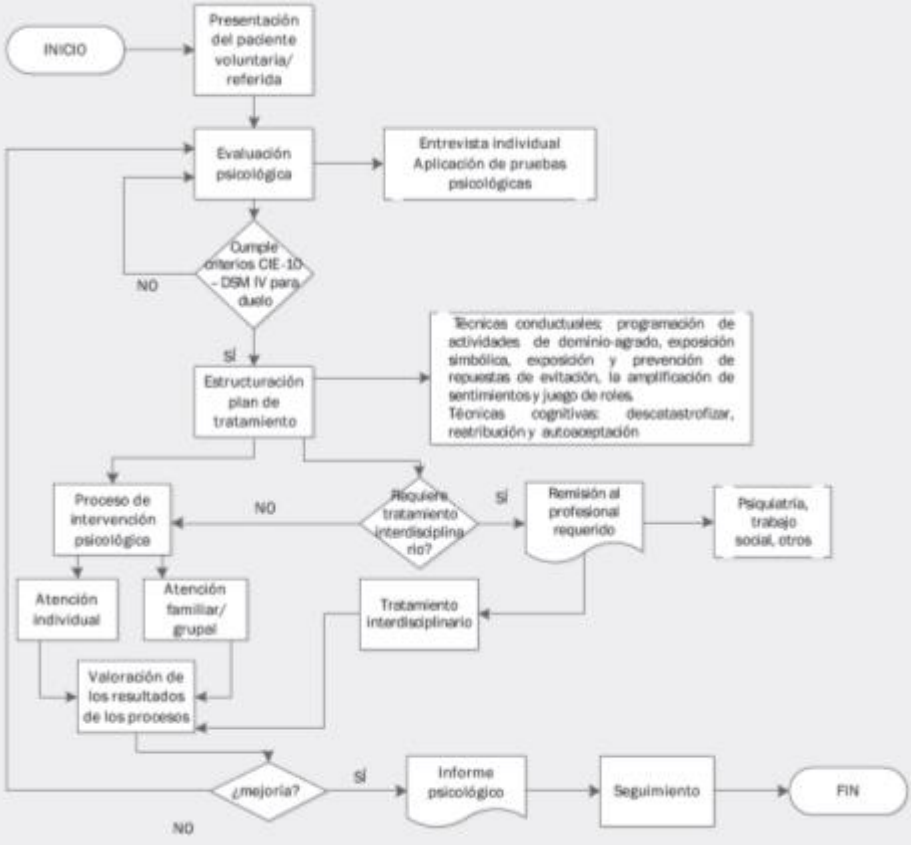
Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del sujeto a evitar recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc.) y situaciones ansiógenas externas, para que así el sujeto pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos).
- **Programación de actividades de dominio-agrado:** por ejemplo, reemplazar las visitas al cementerio por actividades potencialmente agradables.
- **Exposición simbólica:** por ejemplo, ordenar una habitación como si el paciente viviera los momentos previos a su propia muerte; o imaginarse rodeado de los seres queridos, despidiéndose de cada uno de ellos antes de morir.
- **Exposición y prevención de repuestas de evitación:** consiste en verbalizar los recuerdos vivenciales con relación al difunto sin evitar tal tarea. En cierto modo, la "asociación libre" aplicada a esta tarea tendría la misma función.
- **La amplificación de sentimientos:** consiste en la expresión de sentimientos positivos o negativos hacia la persona desaparecida, de forma más o menos dramatizada.
- **Juego de roles:** psicodramatizar o representar escenas relevantes, y a menudo conflictivas, respecto a la relación con el difunto, de modo que se puedan experimentar cogniciones y emociones relevantes y que han sido evitadas. Se puede emplear el procedimiento de la "silla vacía" de la Gestalt.

b) Técnicas Cognitivas

Su objetivo es revisar la validez de las cogniciones y significados que el sujeto da a la experiencia de la pérdida, de modo que pueda realizar atribuciones más ajustadas a la realidad y elevar sus expectativas de esperanzas a continuar su vida sin el difunto.

- **Descatastrofizar:** Se trabajan las probabilidades reales de que sucedan eventos catastróficos si el sujeto afronta determinados recuerdos o situaciones. La exposición apoya la descatastrofización.
- **Reatribución:** Se examinan las evidencias que el sujeto tiene para su culpa y se revisan las evidencias para explicaciones alternativas más plausibles (normalmente, atribuciones externas frente a internas).
- **Autoaceptación:** Se trabaja con el sujeto, sus exigencias y autocríticas por haber experimentado ciertos sentimientos hacia el difunto (p. ej., agresivos, odio, etc.) y se diferencia entre estos y la persona global.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Ballesteros, R. 1994. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Brannon, L. 2000. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo.
- Caballo, V. 1996. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo XXI de España Editores S. A.
- Cabodevilla, I. Vivir y morir conscientemente. España, Bilbao. Descelée de Brower. 2002.
- Labrador, F. 2000. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dikinson.
- Montero y León. 2002. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 2, Nº 3, pp. 525-532.
- Raphael, B. 1997. Preventive intervetion with the recently Bereaved. Archives of general psychiatry.
- Ramsay, R. 1997. Behavioral approaches to bereavement. Behav. Res.Therapy.

4.5. Guías de atención en caso de enfermedad terminal

GUÍAS DE ATENCIÓN EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo de los pacientes que se encuentran en fases terminales, con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
El concepto de muerte está fuertemente condicionado por las características culturales, especialmente por las convicciones religiosas de la sociedad, el individuo y la familia. El miedo a la muerte es un sentimiento lógico; sin embargo, pocos se atreven a confesarlo: unas veces por prepotencia, otras porque creen que lo malo es el dolor previo, y otros aducen temer morir por ser responsables insustituibles de otras personas (Gallar, 2006). El temor y la angustia ante la muerte son más intensos en pacientes jóvenes que en ancianos, quienes ven truncados sus objetivos, cruelmente interrumpido un futuro lleno de ilusión y esperanza, justo cuando poseen más ganas de vivir que nunca. Los profesionales de la salud, formados primordialmente para curar, experimentan cierto grado de impotencia, frustración o fracaso ante un paciente que está muriendo. Los aspectos psicológicos que vivencia el enfermo son de ansiedad, miedo y dolor. Respecto de esta vivencia, es importante concienciar a la familia de la importancia que adquiere en esos momentos el querer aprovechar al máximo el tiempo que le queda. El profesional en salud mental debe alentar al enfermo y a su familia a descargar la angustia y acompañar el sufrimiento. En su fase terminal, el enfermo presenta • Necesidades físicas, pues por lo general le falta comodidad y siente dolor intenso, que altera su juicio y aumenta el egocentrismo, lo que dificulta la comunicación. • Necesidades psicológicas de seguridad y confianza en quienes cuidan de él, de sentirse escuchado y comprendido en sus miedos, demandas y quejas. • Necesidades de pertenencia y consideración a través de las cuales pueda expresar su amor y sentirse amado y estimado. • Necesidades espirituales: en estos momentos requiere de la ayuda y fortaleza que su dios pueda otorgarle. Es muy importante definir con claridad la idea de muerte que manejan el enfermo y su familia y aplicar estrategias que permitan redefinir este concepto, de no ser favorable para el proceso mismo de acep- tación y despedida. Por ejemplo, cuando la persona se siente víctima, la muerte se torna como una desgracia ineludible, una injusticia y una arbitrariedad del destino, no comprensible al no aceptar la finitud del ser, creándose un permanente retorno al sufrimiento sin sentido, en cuanto la persona queda inmersa en las preguntas del "por qué", sin hallar las respuestas que espera o necesita. Pensar acerca de la propia muerte o la muerte de otros está ligado al sufrimiento. Por ello se hace imprescindible llevar ambas vivencias al encuentro de un sentido trascendente. Al respecto, la tarea educativa del grupo de salud mental radica en educar al ser humano ante esta conciencia de finitud nivelando la angustia y ansiedad que la muerte provoca. "Nadie puede prevenir las conductas que puede llegar a adoptar una persona frente a este tipo de situaciones, pero sí se puede ayudar u orientar a la familia para que desde temprano se interiorice en los niños la idea de que la muerte es una condición de la seguridad de haber vivido" (Sosa y Torrijos, 2001). Sosa y Torrijos plantean que desde una prevención secundaria, el profesional de la salud mental tiene la responsabilidad de ayudar a enfrentar el sufrimiento inevitable que nace ante la situación. Trabajar con la familia para que puedan elaborar el dolor y ayudarles a entender que las preguntas del por qué casi nunca tienen respuesta; pero si se preguntan el para qué, se implicará una jerarquización valorativa que permita incorporar el sentido de la muerte junto al sentido de la vida.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

La condición de una enfermedad terminal implica el reconocimiento de progresión de la misma y de la cercanía del proceso de agonía y muerte. Durante este periodo se reconocen la conmoción emocional y afectiva, el alto impacto emocional que produce a enfermos, familiares, compañeros y profesionales la posibilidad de que en corto tiempo la persona puede fallecer. Un paciente que se sabe puede fallecer requiere de los denominados "cuidados paliativos".

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud los señala como un abordaje destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares que afrontan los problemas asociados a una enfermedad amenazadora para la vida, a través de la prevención y paliación del sufrimiento, por medio de la identificación precoz, y la evaluación y tratamiento cuidadoso de todas las problemáticas que afectan al enfermo, sean estas de tipo somático, emocional, ético o social.

La atención a pacientes que se encuentran en esta fase de la enfermedad plantea algunas demandas específicas de parte de los profesionales:

- Una actitud de acercamiento al enfermo, un acto de acompañar, apoyar y ayudar.
- Requiere comprensión global e integral del sufrimiento de las personas, como elemento generador y/o amplificador de sufrimiento.
- Considerar al enfermo y su familia como una unidad por tratar, reconociendo necesidades e intereses diferenciales.
- Promover y respetar el principio de autonomía del enfermo en relación con el proceso de enfermedad y las decisiones que sea necesario tomar.
- Asumir y adaptar las responsabilidades en el cuidado del enfermo y la familia ajustadas a las condiciones del enfermo.

FACTORES DE RIESGO

Las condiciones que establezca la progresión de una enfermedad en la vida de una persona, sumado a las características de tipo individual que trae consigo y las implicaciones que no se especifican, podrían estar relacionadas con las condiciones de salud que el paciente tenga, asociado al diagnóstico médico.

EVALUACIÓN

Se busca tener en cuenta tres planteamientos muy importantes para la atención de los pacientes en esta fase:

- Asegurar el diagnóstico con certeza.
- Asegurar la calidad de vida digna hasta su muerte.
- Asegurar un apoyo psicológico al paciente y su familia.

1. Etapa de entrada

Objetivos

- Establecer el primer contacto terapéutico.
- Recolección de la información: identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problema.
- Diseñar, planificar y desarrollar el proceso de evaluación psicológica, en el que se deben diferenciar las siguientes tareas aparte:
  - Comprender el caso o problema planteado.
  - Generar hipótesis e identificar variables para evaluar.
  - Evaluar las variables elegidas.
  - Generar conclusiones diagnósticas y las orientaciones y alternativas adecuadas.

Procedimiento

- Recepción y evaluación del paciente.
- Revisión de la historia clínica incluyendo evaluaciones médicas.
- Contacto con fuentes de referencia para aclaración en caso de ser necesario.
- Selección del procedimiento de evaluación.

Instrumentos
- Entrevista (formato de evaluación establecido por institución de salud).
- Observación directa.

2. Etapa de procedimiento

Objetivos
- Desarrollar un enfoque multimedida con pruebas estandarizadas para comparar el paciente con la norma y con pruebas informales para obtener información de capacidades o habilidades especiales.
- En caso de que el paciente decida con su familia y equipo de salud que fallecerá en casa, se proveerá a la familia de una guía escrita sobre aquellas pautas y recomendaciones para el manejo del paciente y sus diferentes dificultades.

INTERVENCIÓN

El abordaje de los pacientes en cuidado paliativo por condiciones de enfermedades terminales exige la práctica de un trabajo realmente interdisciplinar, donde el psicólogo orienta y promueve la expresión de sentimientos y emociones en cada una de las personas que está en contacto con el paciente durante este proceso.

La intervención directa supone la identificación de la historia de información del paciente y de todo su proceso. Es importante tener en cuenta que las reacciones de los enfermos estarán marcadas por la personalidad y las estrategias previamente utilizadas para hacer frente a las dificultades. Desde este punto de vista, se necesitará que el psicólogo y el equipo de salud reconozcan el deterioro muy acusado del estado general del enfermo, que anticipa la muerte inminente.

En cuanto a la familia, es necesario facilitar el proceso de preparación para la pérdida, que exige incluir a los máximos miembros posibles, de tal manera que en poco tiempo pueda identificar a aquellas personas que requieren de un mayor apoyo psicológico o que podrían ser un apoyo muy valioso para el resto de los miembros y del paciente de igual manera.

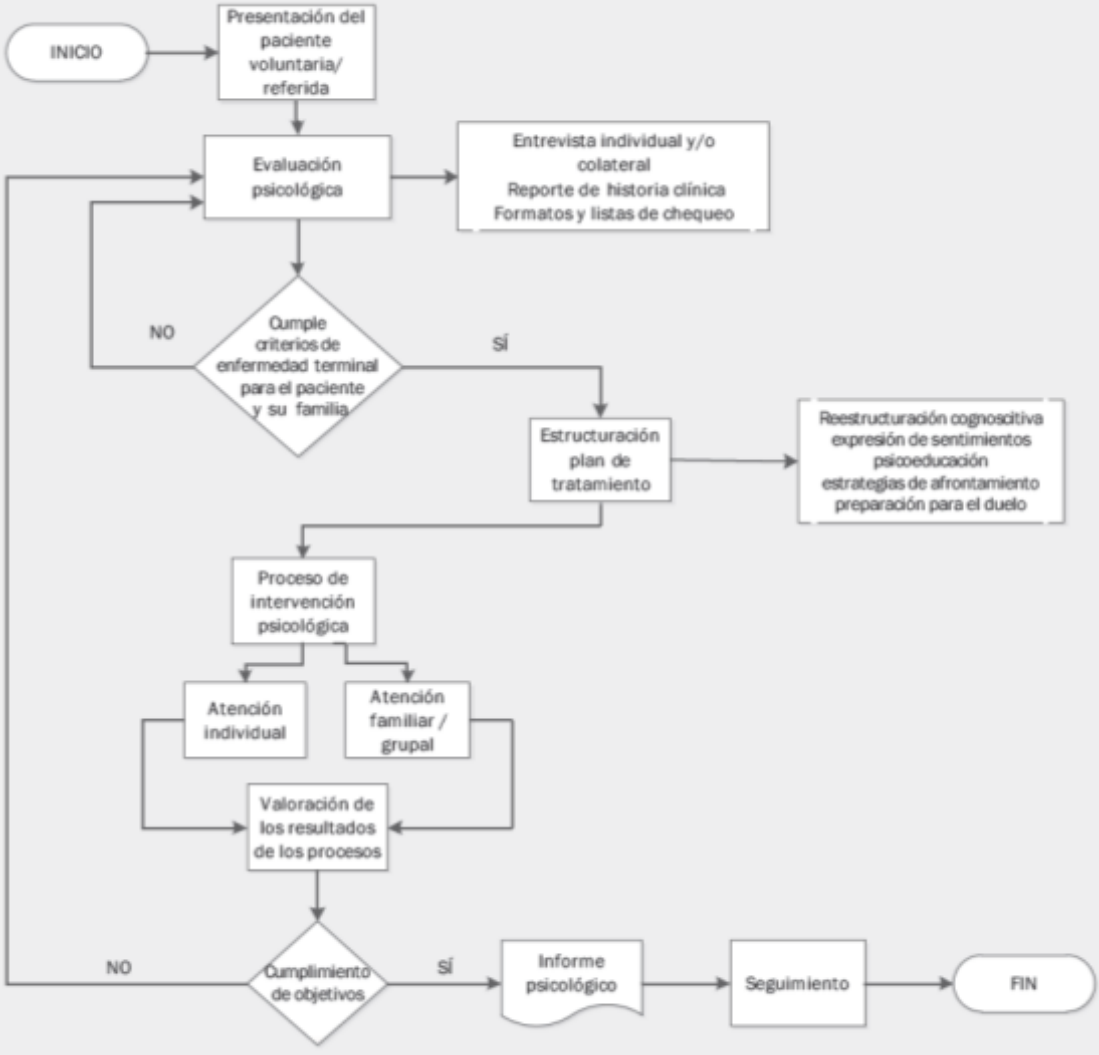
Se describe que el abordaje del paciente y su familia puede verse favorecido si se toman en cuenta los factores psicológicos que han estado presentes en los procesos de enfermedad, las características individuales del paciente y las interacciones que este tiene con los demás miembros de su red de apoyo.

Desde el punto de vista conductual, el hecho de que una persona mantenga, pierda o recupere la salud psicológica va a depender de la interacción de tres factores: la historia previa de relaciones del sujeto con su entorno, las habilidades funcionales para manejar las situaciones que vive y el papel modulador de las contingencias ambientales sobre sus estados biológicos.

Dentro de las intervenciones se recomienda:
- Evaluar el estado emocional del paciente.
- Abordar elementos relacionados con los logros y las limitaciones para su vida.
- Establecer significados del paciente alrededor de la muerte; la situación que representaría su ausencia para otros.
- Identificar los temores y preocupaciones que trae consigo el hecho de estar enfermo y la posibilidad de que muera.
- Identificar las condiciones de existencia y funcionalidad de la red de apoyo social y familiar.

Es importante tener presente que de manera paralela al proceso de intervención que se instaure con el paciente, es necesario abordar al grupo familiar que respalda el cuidado del paciente, bien sea dentro de un ambiente hospitalario o en el hogar. La familia necesitará que antes y después del fallecimiento del paciente se logre crear un ambiente de comunicación permanente y de claridad sobre la condición del paciente, sus necesidades, las condiciones de brindar atención, las expectativas y resultados de hacer o de limitar las acciones de los equipos de salud.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Caballo, V. 1996. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España. Siglo XXI de España Editores S. A.
- Cabodevilla, I. 2002. Vivir y morir conscientemente. España, Bilbao. Descelée de Brower.
- Gallar, M. 2006. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.- España, Thomson.
- Sosa y Torrijos. 2001. Prevención terciaria y resiliencia. Fundación Argentina de Logoterapia.

4.6. Guías de apoyo en trastornos de adaptación

GUÍAS DE APOYO EN TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico en el manejo de trastorno de adaptación con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV-TR define el trastorno adaptativo como la aparición de síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos, en respuesta a un agente estresante psicosocial identificable dentro de los tres meses siguientes al inicio del estímulo estresante, que interfiere con la actividad social y aparece en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo a un acontecimiento vital estresante.

Es importante tener en cuenta que los eventos estresantes pueden ir desde acontecimientos simples hasta factores múltiples (problemas de pareja), ser recurrentes o continuos. A partir de las implicaciones emocionales que suelen identificarse en la presencia de este trastorno, se han definido varios subtipos de los trastornos de adaptación, a saber:

- F43.20 con estado de ánimo depresivo (síntomas como estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza).
- F43.28 con ansiedad (síntomas como nerviosismo, inquietud, preocupación).
- F.43.22 mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
- F43.24 con trastorno disocial (síntomas como violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas apropiadas a la edad).
- F43.25 con alteración mixta de emociones y comportamiento.
- F43.9 no especificado (reacciones desadaptativas como quejas somáticas, aislamiento social, que no se incluyen en ninguno de los apartados anteriores (Caballo, 2006).

Así como se consideran aspectos emocionales para identificar los subtipos de trastornos de adaptación, también se toma en cuenta la duración de las manifestaciones y permite identificarlo como trastorno agudo para indicar la persistencia de síntomas durante menos de seis meses. Crónico, para aquellas manifestaciones presentes durante seis meses o más. Adicionalmente, se encuentran sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente.

En el estudio de los trastornos de adaptación se toman en cuenta variables individuales que identifican las diferencias en las capacidades de adaptación, se pueden presentar a cualquier edad y afectar por igual a varones y mujeres; ciertos factores de estrés pueden ser muy estresantes para un paciente y no serlo en absoluto para otros. El entorno social puede constituir un factor de protección, ya que contar con el apoyo social otorgado por otra persona disminuye el nivel de tensión expresado por el paciente.

Los tratamientos buscan aliviar los síntomas, definir la manera más sana posible de ayudar a lograr un nivel de adaptación comparable al nivel de desempeño que presentaba el individuo antes del hecho estresante. Se recomiendan intervenciones interdisciplinarias que incluyan abordaje familiar, individual y vinculación con grupos de apoyo.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Los criterios para su diagnóstico incluyen:

Criterio A: síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos en respuesta a un agente estresante psicosocial identificable dentro de los tres meses siguientes al inicio del estímulo estresante.

Criterio B: adaptación inadecuada o cambios en el estado de ánimo superiores a lo esperable dada la naturaleza del acontecimiento estresante y un deterioro significativo de las actividades sociales, laborales o académicas.

Criterio C: esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple con los criterios para otro trastornos específicos del eje I o es una exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o del eje II.

Criterio D: no cumple con criterios de reacción de duelo.

Criterio E: debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del evento estresante o de sus consecuencias. Sin embargo, las manifestaciones pueden persistir por un periodo prolongado de tiempo (más de seis meses), si aparecen en respuesta a un estímulo estresante crónico o a un acontecimiento estresante con repercusiones importantes.

El estrés es un aspecto de gran relevancia en la presencia de trastornos de adaptación, así que se requerirá de parte del evaluador gran destreza para diferenciar este trastorno de otras alteraciones donde el estrés esté presente, ya que el trastorno en sí constituye una forma de reacción a un acontecimiento estresante identificable. Los pacientes diagnosticados con este generalmente no han tenido antecedentes de otros trastornos psiquiátricos.

A nivel de intervención se plantea como estrategia de elección la psicoterapia, dentro de la cual se incluye terapia de apoyo, terapia breve y las pautas definidas por los modelos de intervención en crisis. El objetivo del tratamiento es favorecer e identificar los aspectos relacionados con el estrés y la adecuación de estrategias tendientes a resolver las implicaciones que han tenido estos factores de estrés sobre la situación actual del paciente y su relación con las diferentes áreas de ajuste.

FACTORES DE RIESGO

Los trastornos de adaptación se asocian con aumento del riesgo de suicidio, también con disminución del desempeño laboral y escolar.

Dentro de los factores de riesgo se incluyen todos aquellos que, en general, pueden afectar la condición mental de las personas:

- Las circunstancias de carácter psicosocial (relacionadas con el grupo primario de apoyo, problemas de salud en la familia, separación, abandono, etc.).
- Relativos al ambiente social (eventos como rechazo o discriminación, vivir solo, etc.).
- Problemas de tipo laboral (riesgo de desempleo, condiciones laborales difíciles, insatisfacción, etc.).
- Problemas de vivienda (falta de hogar, conflictos con vecinos, etc.).
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal (investigaciones, arresto, víctimas de delitos).

El riesgo de aparición de este trastorno, así como la manera en que se puede manifestar en la vida de un individuo, estará relacionado en forma importante por una predisposición o vulnerabilidad individual, características personales que en algún momento modulan las respuestas de la persona ante situaciones estresantes; esto incluye rasgos de personalidad, factores hereditarios, edad, sexo y raza (Caballo, 2006).

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Se busca tomar en cuenta tres planteamientos muy importantes para la atención de los pacientes en esta fase:

Etapa de entrada

Objetivos

- Establecer el primer contacto terapéutico.
- Recolección de la información: identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problema.
- Se incluye la evaluación de aspectos como
  a) Características del acontecimiento estresante.
  b) Respuestas cognitivas.
  c) Respuestas emocionales y fisiológicas.
  d) Respuestas conductuales.
  e) Análisis del entorno social.
  f) Variables disposicionales del sujeto.
  g) Estado de salud.
- Diseñar, planificar y llevar a cabo el proceso de evaluación psicológica, en el que se deben diferenciar las siguientes tareas:
  a) Comprender el caso o problema planteado.
  b) Generar hipótesis e identificar variables para evaluar.
  c) Evaluar las variables elegidas.
  d) Generar conclusiones diagnósticas y las orientaciones o alternativas adecuadas.

Procedimiento

- Recepción y evaluación del paciente.
- Revisión de la historia clínica incluyendo evaluaciones médicas, documentos de remisión del paciente.
- Contacto con fuentes de referencia para abordar otros aspectos relacionados con la presentación de las manifestaciones del trastorno, en caso de ser necesario.
- Selección del procedimiento de evaluación.

Instrumentos

- Entrevista (formato de evaluación establecido).
- Observación directa.
- Formatos diseñados para identificar situaciones estresantes.

Etapa de procedimiento

Procedimiento

- Recepción del paciente y sesiones de evaluación e intervención.
- Selección del procedimiento de intervención de acuerdo con las implicaciones identificadas en la evaluación.

Instrumentos

- Entrevista (formato de evaluación establecido).
- Observación directa.
- Formatos diseñados para identificar situaciones estresantes.
- Inventario de evaluación de estilos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

Etapa de salida

Objetivo

- Sintetizar la información obtenida para establecer decisiones.

INTERVENCIÓN

Los objetivos de la terapia incluyen:

- Desarrollar un enfoque multimedida con pruebas estandarizadas para comparar al paciente con la norma y con pruebas informales, para obtener información de capacidades o habilidades especiales.
- Se puede considerar intervención con técnicas de relajación.
- Reestructuración y reforzamiento del sistema de soporte social.
- Identificación de factores de personalidad que favorecieron la presencia del trastorno, y precisar de aquellos que pueden promover la adaptación de estrategias de afrontamiento funcionales.

- Mantener seguimiento que permita consolidar la eficacia de las estrategias entrenadas durante la psicoterapia.
- La intervención cognitivo-conductual se centra directamente en los pensamientos, las sensaciones y los comportamientos de una persona con la meta de modificar estrategias específicas de adaptación y aliviar las implicaciones emocionales, mediante estrategias de solución de problemas, reestructuración cognitiva, bloqueo y modificación de pensamientos disfuncionales.
- A nivel farmacológico se plantea el uso de medicamentos que mejoren componentes de ansiedad y depresión, de corta duración, paralelo a la psicoterapia.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Caballo, V. 1996. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España. Siglo XXI de España Editores S. A.
- Ballesteros, R. 1994. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Brannon, L. 2000. Psicología de la salud. Madrid. Paraninfo.
- Labrador, F. 2000. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica. Madrid. Dikinson.
- Montero y León. 2002. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 2, Nº 3, pp. 525-532.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

5. GUÍAS DE ATENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

5.1. Guía de atención de trastornos afectivos

5.1.1. Guía de atención de trastornos depresivos

GUÍA DE ATENCIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo de los trastornos depresivos con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
Depresión: estado de ánimo bajo o triste la mayor parte del tiempo, asociado a disminución del interés por las actividades, de la capacidad para disfrutar, alteraciones del patrón de sueño y alimentación, ideas de culpa, tristeza y pesimismo, por un periodo continuo mayor de dos semanas. Las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes y altamente incapacitantes durante periodos de tiempo variables, que pueden ir desde algunos meses hasta toda la vida, como en el caso del trastorno depresivo mayor recurrente. De acuerdo al Estudio Nacional de Salud, uno de cada cinco habitantes de Bogotá ha tenido que consultar a un especialista por padecer problemas de depresión, angustia o ansiedad. Inclusive, se hace referencia a que la prevalencia de estos trastornos pueden ser mayor, llegando a un 46.7%, pero la persona no consulta porque no sabe o no quiere. La OMS ha indicado que la depresión puede ser diagnosticada en uno de cada cuatro adultos, en algún momento de la vida, y estima que este trastorno puede estar presente en un 5 a 10% de la población. En pacientes con este diagnóstico se registra mayor uso de los servicios médicos y aumento en morbilidad y mortalidad. La incapacidad laboral, social y física es igual o mayor que en personas con enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, pulmonar, gastrointestinal y artritis. **Trastorno distímico:** se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. **Trastorno depresivo no especificado:** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria). **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica:** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico. **Trastorno del estado de ánimo no especificado:** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Con frecuencia el paciente deprimido consulta inicialmente al médico general u especialista en otra área de la salud por la aparición o aumento de **síntomas físicos inespecíficos** a los cuales presta excesiva importancia e incluso en ocasiones percibe como indicios o certeza de tener una enfermedad grave (comorbilidad con hipocondriasis), que no responden adecuadamente al manejo usual y para los cuales no se encuentra una causa orgánica aparente que justifique la presencia o intensidad de los mismos.

Al explorar en profundidad sus dolencias, se evidencia que se asocian desánimo, pérdida de interés o descuido en actividades previamente agradables o placenteras, disminución de energía, insomnio, problemas de memoria, concentración y rendimiento en las actividades cotidianas, alteraciones del peso y del apetito, y se acompañan de sentimientos de minusvalía, desesperanza, desvalimiento, culpa o castigo e incluso de muerte y suicidio, asociado a marcada ansiedad, inhibición o inquietud psicomotora, entre otros, estableciéndose así el diagnóstico de un cuadro depresivo.

La tristeza y el desánimo son emociones normales dentro de la experiencia humana ante las adversidades de la vida, que no implican necesariamente depresión mayor; es importante evaluar si se cumplen los criterios de un trastorno depresivo mayor o de un trastorno de adaptación antes de establecer el diagnóstico. El riesgo suicida en un paciente deprimido aumenta. En cada consulta es pertinente explorar ideas, planes o intenciones suicidas así como presencia de desesperanza o desesperación.

Se recomienda al profesional de la salud que brinda atención a pacientes con diagnóstico de trastorno de ánimo remitirse a los manuales de sistemas de clasificación, con el fin de contrastar criterios diagnósticos y diferenciación.

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A) Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actitud previa; los síntomas deben ser:

- Estado de ánimo deprimido, o
- Pérdida de interés o de la capacidad para el placer

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
2. Marcada disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin o con un plan.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional; preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

FACTORES DE RIESGO

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos

- Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Circunstancias laborales como desempleo, discapacidad y baja productividad laboral por enfermedad o por maternidad.
- Factores genéticos: presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.
- Circunstancias sociales como pobreza.
- Estado civil: separado, soltero, viudo.
- Historia familiar de presencia de depresión.
- Efectos secundarios de medicamentos (esteroides, antihipertensivos).
- Estrés crónico o agudo (exposición a eventos traumáticos).
- Comorbilidad:
  - Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente infiere mayor susceptibilidad para desarrollarla ante los eventos adversos de la vida.
  - Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor; también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.
  - Pacientes varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor.
  - Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión.
  - También la presencia de enfermedad cardiaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el hipo-o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Valoración médica o psiquiátrica

Para realizar la evaluación diagnóstica, se deben considerar:

- Evaluar según criterios diagnósticos, si el diagnóstico es correcto y si hay comorbilidad con otros trastornos mentales, como consumo de sustancias psicoactivas o trastornos de personalidad.
- Valorar riesgo suicida y necesidad de manejo intrahospitalario.
- Determinar si hay comorbilidad médica. Descartar mediante historia clínica, incluyendo antecedentes, revisión por sistemas, examen físico, y exámenes de laboratorio según sospecha clínica, posibles causas orgánicas de los síntomas referidos por el paciente. En general, se recomienda realizar un cuadro hemático, glicemia, pruebas de función tiroidea, calcemia y electrolitos a todo paciente con depresión mayor. En pacientes desnutridos, con anemia asociada o de tercera edad, es conveniente solicitar niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico.

Evaluar y tratar alteraciones funcionales:

- Incluir déficit en relaciones interpersonales, en condiciones laborales, de vivienda, y otras necesidades médicas o relacionadas con la salud.
- Tratar de manera interdisciplinaria los problemas identificados.

Valoración psicológica

Es importante aclarar que ante la sospecha de alteración del trastorno del estado de ánimo, se hace necesario establecer las estrategias con las cuales la evaluación cumple los principios de suficiencia, optimización de recursos y seguridad. Dentro de las estrategias se incluye como de estricto seguimiento:

- Entrevista semiestructurada con el paciente o con referente.
- Utilización de instrumentos estructurados
  - Registro de estado de ánimo en el cual se identifiquen los análisis funcionales que orienten sobre frecuencia, intensidad, relación entre situaciones y respuestas y factores de mantenimiento a nivel cognoscitivo y conductual.
  - Aplicación Escala de Beck y Escala de Zung de depresión.
  - En caso de sospechar alteración de rasgos de personalidad se recomienda aplicación de inventario MMPI-2, Millon, IPDE (inventario de trastornos de personalidad CIE-10).

INTERVENCIÓN

El tratamiento integral parte de un análisis profundo de los factores biológicos, psicológicos y sociales; se puede orientar así:

Fase aguda

Si la gravedad del episodio es leve o moderada, utilizar **psicoterapia** de acuerdo con las condiciones que identifique el profesional ajustado a lo descrito en la guía. Los factores que han sido documentados en la literatura y que sugieren el uso de intervenciones psicoterapéuticas son:

- Presencia de factores psicosociales estresantes significativos.
- Dificultades interpersonales.
- Trastorno de personalidad comórbido.
- Embarazo, lactancia o deseos de quedar embarazada.

El énfasis de tratamiento dentro de la terapia de los trastornos depresivos plantea el uso de estrategias derivadas del modelo cognitivo conductual (anexo 7), que implica el entrenamiento en habilidades específicas y condiciones que pueden de manera positiva favorecer el estado de ánimo del paciente. Se sugiere considerar:

1. Intervenciones ambientales:
   a) Cambios ambientales.
   b) Manejo de contingencias.
2. Entrenamiento en habilidades
   a) Métodos de cambios por uno mismo.
   b) Habilidades sociales.
   c) Relajación.
   d) Manejo de estrés.
3. Habilidades cognitivas
   a) Disminución del pensamiento negativo.
   b) Aumento de pensamientos positivos.
   c) Modificación de pensamiento, en especial sobre estrategias de reestructuración cognoscitiva.

Psicoeducación: Se establece la necesidad de brindar información al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad, aprender a identificar sus síntomas, factores desencadenantes, agravantes, perpetuantes y atenuantes de la depresión. Se recomienda educar también sobre higiene del sueño, estilos de vida saludable, manejo del estrés y conformación de redes de apoyo.

Farmacoterapia: en casos de que el episodio depresivo sea

- Moderado o grave: los antidepresivos son el tratamiento de elección. Casi todos los antidepresivos, la terapia cognitivo-conductual y/o la terapia interpersonal son igualmente efectivos.
- Con síntomas psicóticos: antidepresivos más antipsicóticos o terapia electroconvulsiva.

Los factores que sugieren que la medicación puede ser el tratamiento de elección son:

- Antecedentes de respuesta positiva.
- Sintomatología grave.
- Alteraciones importantes del sueño o del apetito, o agitación.
- Anticipación de la necesidad de terapia de mantenimiento.
- Falta de disponibilidad de tratamientos alternativos.

Recordar que el manejo de medicamentos debe ajustarse a formulación médica exclusivamente.

Aunque todos los antidepresivos tienen similar eficacia, difieren en su perfil de tolerabilidad y toxicidad; por lo anterior, se prefieren en primera línea los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, dejando en segunda línea la venlafaxina, duloxetina, mirtazapina, bupropión y trazodone y, en tercera línea, los tricíclicos. Si bien cada uno tiene sus indicaciones específicas, para mayor control de la ansiedad y el insomnio están la de mirtazapina, trazodone, paroxetina o los tricíclicos; para vigilar la disminución de apetito o pérdida de peso, fluoxetina, bupropión; comorbilidad con dolor crónico, venlafaxina, duloxetina, tricíclicos; o con menor propensión a causar efectos secundarios de tipo sexual, el bupropión o mirtazapina. En los pacientes

polimedicados por comorbilidades médicas o con riesgo cardiovascular, en especial aquellos que reciben warfarina o antiarrítmicos, se prefiere el uso de sertralina, escitalopram o duloxetina, que tienen menor potencial de provocar interacciones hepáticas o cambios en las cifras tensionales, ya sea hipotensión postural o hipertensión (consultar indicaciones para prescripción, advertencias, efectos secundarios y eventos adversos en la literatura de cada producto).

Farmacoterapia y psicoterapia combinadas: si la gravedad del episodio es de moderada a grave, con aspectos clínicos psicosociales relevantes, problemas interpersonales o un trastorno de personalidad comórbido.

Otros factores que sugieren el uso combinado son:

- Antecedentes de respuesta únicamente parcial a las modalidades de tratamiento único.
- Escaso cumplimiento de los tratamientos.

Los estudios muestran que en depresión leve a moderada, la combinación no es superior a una modalidad única. En episodios graves o en el trastorno depresivo recurrente la combinación sí fue superior a una sola modalidad de tratamiento.

Fase de continuación

Se define como un periodo de 16 a 20 semanas después de una remisión completa y persistente de la fase aguda. Tiene como objetivo disminuir las recaídas y mejorar aspectos psicosociales.

Varios estudios demuestran que si los antidepresivos son suspendidos después de la recuperación, aproximadamente un 25% de los pacientes presenta recaídas. Para prevenir recaídas se sugiere:

- Continuar con la medicación a la misma dosis administrada durante la fase aguda.
- Considerar el uso de psicoterapia para ayudar a prevenir recaídas.
- Programar la frecuencia de las visitas según el estado clínico y el tratamiento específico; varía entre una visita cada 2 a 3 meses a varias veces por semana.

Fase de mantenimiento

De los pacientes que presentan un episodio de depresión mayor, entre el 50 y el 85% puede tener un nuevo episodio en la vida, generalmente durante los 2 o 3 años del primer episodio.

Los factores que se recomienda considerar para optar por una fase de mantenimiento incluyen:

- Riesgo de recidivas.
- Gravedad de los episodios.
- Efectos secundarios experimentados con el tratamiento de continuación.
- Preferencias del paciente.

En general, se recomienda completar 6 meses de tratamiento continuo luego de que el paciente alcance remisión de síntomas para un primer episodio; un año en caso de un segundo episodio; y 2 o más años en caso de más de dos episodios. Si el paciente continúa con síntomas residuales significativos, no se recomienda la suspensión del medicamento, o si ha presentado intentos suicidas graves durante los episodios.

Interrupción del tratamiento activo

Cuando finaliza la psicoterapia, el mejor método depende de las necesidades del paciente, el tipo de psicoterapia, la duración e intensidad del tratamiento. Se recomienda:

- La suspensión de antidepresivos; se debe hacer disminuyendo la dosis progresivamente durante varias semanas.
- En caso de eventos adversos serios o si el paciente hace el paso a manía, debe interrumpirse.

Si hay una recaída luego de suspender la medicación, debe restablecerse el tratamiento anterior que había sido eficaz.

- Establecer un plan para reiniciar el tratamiento.

Manejo especializado

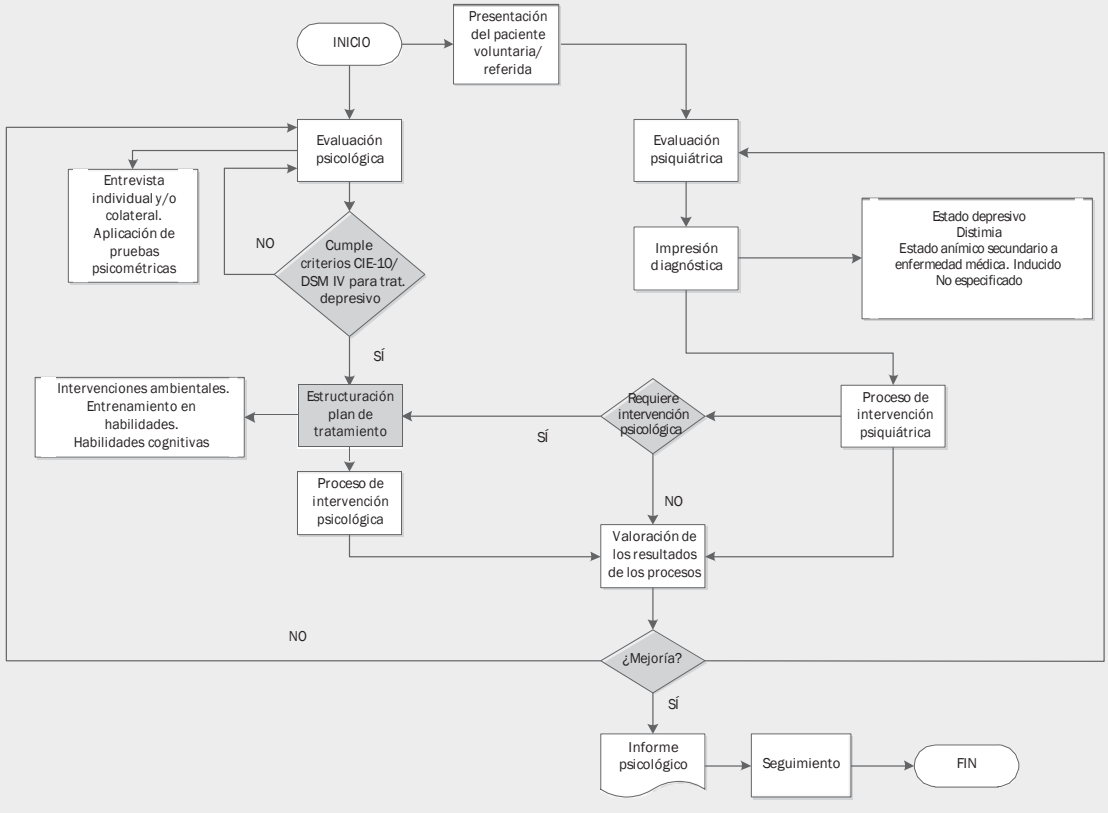
Para los episodios moderados o graves, con síntomas psicóticos o con ideación suicida, es indispensable el manejo conjunto o la referencia al especialista en psiquiatría. Requieren manejo hospitalario los pacientes con riesgo suicida moderado alto, o cuando presenten marcado deterioro en el autocuidado (se niegan a comer, beber, bañarse...), no siguen el tratamiento ambulatorio prescrito, carecen de una adecuada red de apoyo familiar y social, o presentan otras condiciones médicas que ameritan manejo intrahospitalario.

Los pacientes con insomnio asociado importante se benefician de psicoeducación en higiene del sueño, terapia de restricción de sueño, entrenamiento en técnicas de relajación y, eventualmente, medicación hipnótica. En estos casos, también se puede elegir un antidepresivo con efecto hipnótico, como mirtazapina, trazodone, paroxetina o los tricíclicos, o asociar un inductor de sueño como zolpidem o eszopiclone. Se debe procurar reservar las benzodiazepinas para cuando haya marcada ansiedad asociada y, en caso de necesidad, usarlas por ciclos de 4 a 6 semanas, con monitoreo estricto y advertencia al paciente del riesgo de dependencia.

En caso de respuesta parcial al tratamiento inicial luego de 4-6 semanas de manejo en dosis adecuadas se recomienda aumentar la dosis o asociar un potenciador como mirtazapina, trazodone, litio u hormona tiroidea (preferiblemente triyodotironina). Si no hay respuesta con el tratamiento inicial, se prefiere cambiar el antidepresivo a uno de igual o diferente familia. En caso de no haber respuesta en este segundo paso, se ensaya un nuevo antidepresivo o se potencia si no se ha intentado previamente. Si aún así no hay respuesta, se recomienda reevaluar diagnóstico, la adherencia al tratamiento, revisar comorbilidades como consumo de sustancias psicoactivas o trastornos de personalidad, condiciones médicas subyacentes no detectadas, combinar con psicoterapia cognitivo-conductual formal si no se ha usado previamente y considerar el uso de terapia electroconvulsiva. Varios estudios recientes apoyan la combinación con un antipsicótico atípico con efecto antidepresivo, como quetiapina, aun sin la presencia de síntomas psicóticos. También puede ser de utilidad la adición de un estabilizador del ánimo con efecto antidepresivo, como lamotrigina para disminuir recurrencias.

Los pacientes con síntomas psicóticos pueden requerir manejo antipsicótico adicional al antidepresivo, que se sugiere continuar durante 6 meses luego de la desaparición de los síntomas psicóticos, como en los trastornos psicóticos en general; sin embargo, hay controversia al respecto. Se prefieren antipsicóticos atípicos por su menor bloqueo dopaminérgico, que podrían exacerbar y confundir la valoración de los síntomas depresivos; además, algunos de ellos podrían potenciar el efecto antidepresivo.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Asociación Psiquiátrica Americana. 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición (DSM IV). Masson, Barcelona,
- Garzón M. 2011. Guía de Manejo de Depresión. HMC: Bogotá (documento no publicado).
- Grupo de Trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de práctica clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The treatment and management of depression in adults. NICE Clinical Guideline 90: London, 2009. Disponible en http://www.nice.org.uk/CG90.
- Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (1991). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1ª reimpresión. Panamericana. Madrid, 2004
- Zuluaga H. 2010. Trastornos Depresivos. Guía de Práctica Clínica. DMEFA: Bogotá (documento no publicado).
- Ministerio de Protección Social. 2003. Estudio Nacional de Salud Mental.

5.1.2. Guía de atención de trastorno bipolar

GUÍA DE ATENCIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo del trastorno bipolar con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
De acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental (Ministerio de Protección Social, 2003) la prevalencia de vida del trastorno bipolar I y II es del 2%, similar a la encontrada a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (2004) ha llamado la atención sobre la importancia de detectar y tratar oportuna y adecuadamente este trastorno, en vista de que constituye una de las 6 primeras causas de años vividos con discapacidad a nivel global; además, en varios estudios se ha confirmado el elevado riesgo de suicidio de estos pacientes, llegando al 10-15% (American Psychiatric Association, 2002). Como en los trastornos psicóticos, la mayoría de las veces los trastornos bipolares solo son detectados y remitidos al psiquiatra cuando hay alteraciones conductuales o emocionales evidentes que afectan el desempeño familiar, laboral y social; aparece riesgo de autoheteroagresión, deterioro en autocuidado o conductas imprudentes o gastos excesivos. Con frecuencia estos trastornos podrían haber sido sospechados previamente por la presencia de cuadros hipomaníacos, caracterizados por aumento de la energía y la productividad, disminución de la necesidad de sueño, euforia o bienestar excesivos e inusuales, en ocasiones irritabilidad, locuacidad entre otros síntomas, que al no afectar adversamente e incluso mejorar el rendimiento escolar laboral pasan inadvertidos. También son frecuentes los episodios depresivos recurrentes sobre una personalidad previa hipertímica, es decir, extrovertida, locuaz y enérgica. El trastorno bipolar se refiere a una condición mental caracterizada por alteraciones profundas en el estado de ánimo, nivel de actividad y vitalidad desde la depresión hasta la manía o euforia causa que deterioro en el funcionamiento global del afectado y puede llegar a lesionarse a sí mismo o a las demás. De acuerdo al DSM IV, los trastornos bipolares implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. El trastorno **bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno **bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados de al menos un episodio hipomaníaco. El trastorno **ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

CRITERIOS PARA EL EPISODIO MANÍACO

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o de cualquier duración si es necesaria la hospitalización),

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro, si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha tenido en un grado significativo de alteración:

(1) Autoestima exagerada o grandiosidad.

(2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).

(3) Más hablador de lo habitual o verborreico.

(4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

(5) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).

(6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

(7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva.)

CRITERIOS PARA EL EPISODIO MIXTO

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de una semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

CRITERIOS PARA EL EPISODIO HIPOMANÍACO

A. Un período diferenciado durante el cual el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días, y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro, si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

(1) Autoestima exagerada o grandiosidad.

(2) Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).

(3) Más hablador de lo habitual o verborreico.

(4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

(5) Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).

(6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

(7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

FACTORES DE RIESGO

Entre las variables que incrementan el riesgo de trastornos bipolares se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos que también se reconocen en la presencia de los trastornos del estado de ánimo en general:

- Consumo de tabaco, alcohol o drogas
- Cambios en el ciclo vital ante los cuales la persona manifiesta no sentirse preparado
- Circunstancias laborales como desempleo, discapacidad y baja productividad laboral por enfermedad o por maternidad
- Factores genéticos: presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor
- Circunstancias sociales como pobreza
- Estado civil: separado, soltero, viudo
- Historia familiar de presencia de depresión
- Efectos secundarios de medicamentos (esteroides, antihipertensivos)
- Estrés crónico, rasgos de personalidad exacerbados o mal adaptativos
- Períodos de insomnio

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Evaluación psiquiátrica

Como en cualquier trastorno mental, el paciente con síntomas maníaco-depresivos requiere una anamnesis y examen físico exhaustivos, con el propósito de reconocer o descartar cualquier lesión o enfermedad orgánica que provoque o complique el cuadro clínico. Hay que tener en cuenta que ciertas enfermedades neurológicas, endocrinológicas, autoinmunes, infecciosas o metabólicas pueden manifestarse con un cuadro de características maníaco-depresivas. Se recomienda realizar como rutina un cuadro hemático completo, parcial de orina, glicemia, función renal, electrolitos, TSH, TAC cerebral y electroencefalograma y, según la sospecha clínica, evaluar la presencia de sustancias psicoactivas y otros tóxicos en orina. Puede ser necesaria la valoración por el especialista en medicina interna o neurología para cuadros atípicos con alteración del estado de conciencia (delirium).

Es importante determinar la presencia de otros trastornos mentales preexistentes o asociados, incluyendo trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, presencia de estresores psicosociales, características previas de personalidad, presencia de síntomas prodrómicos, características del cuadro clínico, riesgo de autoheteroagresión, redes de apoyo familiar-laboral-social que podrían tener repercusiones terapéuticas y pronósticas.

Evaluación psicológica

Se recomienda que una vez el paciente esté estabilizado se instaure el contacto con el profesional en el área de tal forma que se sigan las indicaciones de la evaluación psicológica general, y de acuerdo con el criterio del profesional se determine la aplicación de cuestionarios e inventarios específicos que permitan orientar los hallazgos de la condición emocional, cognoscitiva y conductual del paciente necesarios para el abordaje integral y la psicoterapia.

INTERVENCIÓN

Manejo general

El manejo debe ser realizado por un equipo interdisciplinario bajo la coordinación y dirección del psiquiatra que incluya neuropsicólogo, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, trabajador social, enfermera jefe especializada en salud mental, entre otros.

En una fase inicial se busca el control de los síntomas maníacos-depresivos y/o psicóticos, el riesgo de autoheteroagresión y las alteraciones conductuales y emocionales manifiestas mediante moduladores del afecto (litio, ácido valproico o carbamacepina con monitoreo de los niveles séricos entre 0,6-1,2 para litio, 50-100 para valproico y 0,4 y 1,2 para carbamacepina) y/o antipsicóticos preferiblemente atípicos como risperidona, olanzapina u otros, asociados o no a fenotiacinas (levomepromacina o clorpromacina) o benzodiacepinas (clonacepam, bromacepam, loracepam o alprazolam) como coadyuvantes en el manejo de la ansiedad, agitación o insomnio. En esta fase se puede requerir hospitalización preferiblemente breve hasta que se controlen por lo menos los síntomas conductuales y emocionales, lo cual puede tardar entre 2 y 4 semanas. Algunos pacientes sin alteraciones conductuales importantes y un aceptable control de impulsos que cuenten con una adecuada red de apoyo pueden ser manejados ambulatoriamente desde el comienzo del tratamiento.

Luego se continúa el manejo de forma ambulatoria con actividades grupales, familiares, psicoeducativas, ocupacionales, recreacionales, deportivas y artesanales con la participación del equipo interdisciplinario, dirigidas a lograr una adecuada canalización de la energía, fomentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado, así como alcanzar y mantener el mayor grado posible de reintegración funcional del paciente a su entorno familiar, laboral y social.

El tratamiento farmacológico debe continuarse por lo menos un año si se trata del primer episodio maníaco con síntomas psicóticos, pero si presenta un nuevo episodio maníaco, depresivo o síntomas residuales debe mantenerse indefinidamente ya que la posibilidad de recurrencia es muy alta.

Manejo especializado

Para el manejo de cuadros de agitación psicomotora o agresividad el paciente puede requerir contención física o farmacológica con haloperidol + clonacepam, según necesidad bajo vigilancia estricta de estado clínico, signos vitales y aparición de efectos secundarios de tipo extrapiramidal. Puede ser de utilidad el uso de antipsicóticos atípicos en presentación inyectable como olanzapina o ziprazidona, cuando el paciente es muy sensible a los efectos extrapiramidales.

Antes de iniciar el modulador del estado de ánimo se debe solicitar cuadro hemático con recuento plaquetario, pruebas de función tiroidea, hepática y renal y EKG. No se recomienda iniciar litio a los pacientes con alteraciones renales, hematológicas, tiroideas o cardíacas ya que puede agravarlas, tampoco se recomienda prescribir carbamazepina a pacientes con alteraciones de la función hematológica o hepática al igual que con el ácido valproico, si bien, se pueden usar con precaución ajustando dosis y monitoreando los niveles del medicamento, parámetros del cuadro hemático y pruebas de función hepática.

Los casos de pobre adherencia al tratamiento requieren una reevaluación y manejo adecuado de los efectos secundarios, así como un proceso psicoeducativo al paciente y su familia sobre las ventajas de tomar medicación y los riesgos de suspenderla. Si la causa de la pobre adherencia son efectos secundarios se debe considerar cambiar el medicamento por otro con un perfil más favorable, teniendo en cuenta que el cambio debe ser gradual para minimizar el riesgo de recaídas. Si el paciente presenta intolerancia gastrointestinal al ácido valproico se puede cambiar por divalproato de sodio que es menos gastrolesivo.

Intervención psicológica. La definición de los objetivos de intervención en el tratamiento de los pacientes con trastornos bipolares, incluye la orientación de la terapia cognitivo conductual (Anexo 7). El paciente necesita no solo entrenamiento en habilidades específicas sino en la posibilidad de estabilizar la condición emocional, cognoscitiva y conductual. Se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos para seleccionar aquellos más pertinentes a la terapia:

1. Intervenciones ambientales:
   a) Cambios ambientales
   b) Manejo de contingencias
2. Entrenamiento en habilidades:
   a) Métodos de cambios por uno mismo
   b) Habilidades sociales
   c) Relajación
   d) Manejo de estrés

3. Habilidades cognitivas:
   a) Disminución del pensamiento negativo
   b) Aumento de pensamientos positivos
   c) Modificación de pensamiento, en especial, sobre estrategias de reestructuración cognoscitiva Tratamiento coadyuvante Terapia Ocupacional.

Psicoeducación. Se recomienda para este tipo de cuadros clínicos educar al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad, aprender a identificar sus síntomas, factores desencadenantes, agravantes, perpetuantes y atenuantes de los trastornos bipolares. Se les debe educar también sobre higiene del sueño, estilos de vida saludable, manejo del estrés y conformación de redes de apoyo.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Akiskal H. S.; Cetkovich-Bakmas, M. G.; García-Bonetto G.; Strejilevich S. A.; Vásquez G. H. 2006. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Panamericana. Buenos Aires. Pág. 342.
- American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos Compendio 2004. Ars Médica: Barcelona, 2004. 195 p.
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995. 4ª edición (DSM IV). Masson. Barcelona.
- Gálvez J. F. 2007. Manejo del trastorno bipolar: Guías Prácticas basadas en la evidencia clínica. Instituto Especializado en Salud Mental Armenia.
- Jufe G. 2006. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. En: Wikinski S, Jufe G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Panamericana. Buenos Aires. Págs. 167-192.
- Kaplan B. J.; Sadock, V. A. 2000. Comprehensive textbook of psychiatry. LWW: New York.
- Posada J., Gómez L.F., Gómez L. C. 2005. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social: Cali. Pág. 62.
- Zuluaga, H. 2010. Trastornos Bipolares. Guía Clínica. DMEFA. Bogotá (documento no publicado).

5.2. Guía de atención de trastornos de ansiedad

GUÍA DE MANEJO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo del trastorno de ansiedad, con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
La ansiedad se define como sensación de expectativa aprehensiva ante la inminencia percibida de un peligro, similar al miedo, pero sin poder identificarlo; o una reacción desproporcionada e irracional ante un peligro menor como en el caso de las fobias. Tiene manifestaciones propiamente cognitivas o emocionales como el anticipar eventos negativos, sentirse incapaz, indefenso y desvalido para manejarlos; o la aprehensión, inquietud y desasosiego; se acompaña con frecuencia de múltiples síntomas fisiológicos debidos a descarga adrenérgica como disnea, palpitaciones, palidez o rubicundez, escalofríos, desmayos, temblor, diaforesis, aumento de frecuencia cardíaca y tensión arterial, así como síntomas somáticos secundarios como mialgias, precordialgia, cefalea, epigastralgia; otras alteraciones gastrointestinales y pseudoneurológicas como parestesias, tinitus, visión borrosa, sensación de disminución de fuerza o alteración del equilibrio, entre otros. Hay varios subtipos de trastornos de ansiedad, a saber: ***Crisis de angustia (panic attack)*** se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control. ***Agorafobia*** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. ***Trastorno de angustia sin agorafobia*** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. ***Trastorno de angustia con agorafobia*** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. ***Agorafobia sin historia de trastorno de angustia*** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas. ***Fobia específica*** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. ***Fobia social*** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. ***Trastorno obsesivo-compulsivo*** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad). ***Trastorno de ansiedad generalizada*** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. ***Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica*** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. ***Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de seis meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

(1) Inquietud o impaciencia

(2) Fatigabilidad fácil

(3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

(4) Irritabilidad

(5) Tensión muscular

(6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia); pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

CRITERIOS PARA CRISIS DE ANGUSTIA (ATAQUE DE PÁNICO)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

(1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca

(2) Sudoración

(3) Temblores o sacudidas

(4) Sensación de ahogo o falta de aliento

(5) Sensación de atragantarse

(6) Opresión o malestar torácico

(7) Náuseas o molestias abdominales

(8) Inestabilidad, mareo o desmayo

(9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)

(10) Miedo a perder el control o volverse loco

(11) Miedo a morir

(12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

(13) Escalofríos o sofocaciones.

Nota: Se recomienda al profesional de la salud que brinda atención a pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad remitirse a los manuales de sistemas de clasificación, con el fin de contrastar criterios diagnósticos y diferenciación.

FACTORES DE RIESGO

- Historia familiar de ansiedad
- Historia personal de ansiedad en la niñez o la adolescencia, incluyendo excesiva timidez
- Eventos vitales estresantes o traumáticos incluyendo abuso
- Ser mujer
- Trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente depresión

EVALUACIÓN

Evaluación psicológica

Etapa de Entrada

Objetivos:

- Establecer el primer contacto terapéutico
- Recolección de la información: identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, historia del problema, análisis y descripción de las conductas problema.
- Diseñar, planificar y llevar a cabo el proceso de evaluación psicológica, en el que se debe diferenciar las siguientes tareas:

  1) Comprender el caso o problema planteado

  2) Generar hipótesis e identificar variables a evaluar

  3) Evaluar las variables elegidas

  4) Generar conclusiones diagnósticas y las orientaciones u alternativas adecuadas.

Procedimiento:

- Recepción y evaluación del paciente
- Revisión de la historia clínica incluyendo evaluaciones médicas (si están disponibles)
- Revisión de resultados de pruebas anteriores
- Contacto con fuentes de referencia para aclaración en caso de ser necesario
- Selección del procedimiento de evaluación.

Instrumentos:

- Entrevista (formato de evaluación establecido)
- Observación directa

Etapa de procedimiento

Objetivo:

- Desarrollar un enfoque multimedida con pruebas estandarizadas para comparar el paciente con la norma y con pruebas informales para obtener información de capacidades o habilidades especiales.

Etapa de salida

Objetivo:

- Sintetizar la información obtenida para establecer decisiones.
- Para la evaluación psicológica frente a la sospecha de existencia de un trastorno de ansiedad, se sugiere considerar: uso de registro de canales de respuesta, uso de listas de chequeo e inventario de miedos, instrumento de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA, escala IDARE, STAI.

Evaluación psiquiátrica

Para realizar la evaluación diagnóstica, se debe considerar:

- Determinar y evaluar según criterios diagnósticos, si el diagnóstico es correcto y si hay comorbilidad con otros trastornos mentales, como consumo de sustancias psicoactivas o trastornos de personalidad.
- Valorar riesgo suicida y necesidad de manejo intrahospitalario
- Determinar si hay comorbilidad psiquiátrica o médica. Descartar mediante historia clínica, incluyendo antecedentes; revisión por sistemas, examen físico, y exámenes de laboratorio según sospecha clínica, posibles causas orgánicas de los síntomas referidos por el paciente. En general, se recomienda realizar un cuadro hemático, glicemia, pruebas de función tiroidea, calcemia y electrolitos, a todo paciente con depresión mayor. En pacientes desnutridos, con anemia asociada o de tercera edad, es conveniente solicitar niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico.
- Evaluar y tratar alteraciones funcionales.
  - Incluir déficit en relaciones interpersonales, en condiciones laborales, de vivienda, y otras necesidades médicas o relacionadas con la salud.
  - Tratar de manera interdisciplinaria los problemas identificados.

INTERVENCIÓN

Manejo general

Los casos leves y moderados pueden ser manejados por el médico general con conocimiento y experiencia en salud mental, el psicólogo y/o el psiquiatra. Se ha demostrado efectividad con la terapia cognitiva-conductual, la farmacoterapia o las dos anteriores combinadas y su elección depende de las características del paciente, la disponibilidad de recursos, la presencia de estresores identificables y manejables, y las preferencias del profesional tratante y del paciente.

La guía NICE (2011) plantea que los cuidados deben estar centrados en la preferencia de la persona enferma; en esa medida se recomienda en una **primera instancia** indagar por la presencia de trastornos de ansiedad mediante cuestionarios estructurados en personas con problemas físicos crónicos, múltiples consultas por síntomas somáticos sin encontrar causa orgánica, y en pacientes que se quejan de ansiedad o preocupación constante. En **segunda instancia** realizar actividades psicoeducativas grupales con materiales didácticos de autoayuda sobre el manejo de la ansiedad. Una **tercera instancia** psicoterapia formal cognitiva conductual o interpersonal y, eventualmente, utilizar psicofármacos.

Cuando se asocian a disfunción familiar, laboral o social es importante abordar sistémicamente estas problemáticas con el apoyo del profesional en psicología y trabajo social. También pueden ser de utilidad las terapias de grupo para poblaciones especiales: adolescentes, mujeres perimenopáusicas, pacientes cardiovasculares y tercera edad.

En cuanto al manejo farmacológico se prefieren de primera línea los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, asociados o no durante las primeras semanas a una benzodiacepina. Los antidepresivos tricíclicos se reservan como segunda línea debido a sus efectos secundarios, si bien se puede usar inicialmente en dosis bajas asociados a psicoterapia cognitivo-conductual.

El manejo del insomnio asociado puede evaluarse, y en caso de considerar medicación se sugiere remitir a médico o psiquiatra. Una vez alcanzada la respuesta terapéutica el tratamiento debe continuarse por lo menos un año con el fin de minimizar la ocurrencia de recaídas; si ya se han presentado recaídas se debe plantear la posibilidad de tratamiento indefinido.

Manejo especializado

Los casos graves o que no responden al manejo inicial, deben ser valorados por el psiquiatra y realizarse una reevaluación cuidadosa de la sintomatología; el contexto en que se presenta (estresores psicosociales), los tratamientos realizados, las características de personalidad de paciente, comorbilidad con abuso-dependencia de sustancias u otros trastornos psiquiátricos, para optimizar el manejo.

En caso de no respuesta a las 4-6 semanas de tratamiento inicial, se puede considerar cambiar el medicamento; cambiar a un antidepresivo dual como la venlafaxina, potenciar con mirtazapina o trazodone; eventualmente asociar un modulador del afecto como lamotrigina, o asociar un antipsicótico atípico como olanzapina o quetiapina en dosis bajas. Ante todo, lo más importante es iniciar o intensificar una terapia cognitivo-conductual formal por personal entrenado, que incluya entrenamiento en relajación, respiración abdominal, desensibilización sistemática progresiva, reestructuración cognitiva, y terapias de exposición graduada a los estímulos adversos.

En muy pocos casos podría estar indicada la hospitalización breve con el fin de brindar un ambiente protegido; en tal caso el profesional de la salud puede tener en cuenta aspectos como ideación suicida, marcada desesperanza o desesperación, pobre adherencia al tratamiento ambulatorio, condiciones comórbidas que ameritan manejo hospitalario; la red de apoyo es pobre o disfuncional o hay compromiso significativo del autocuidado.

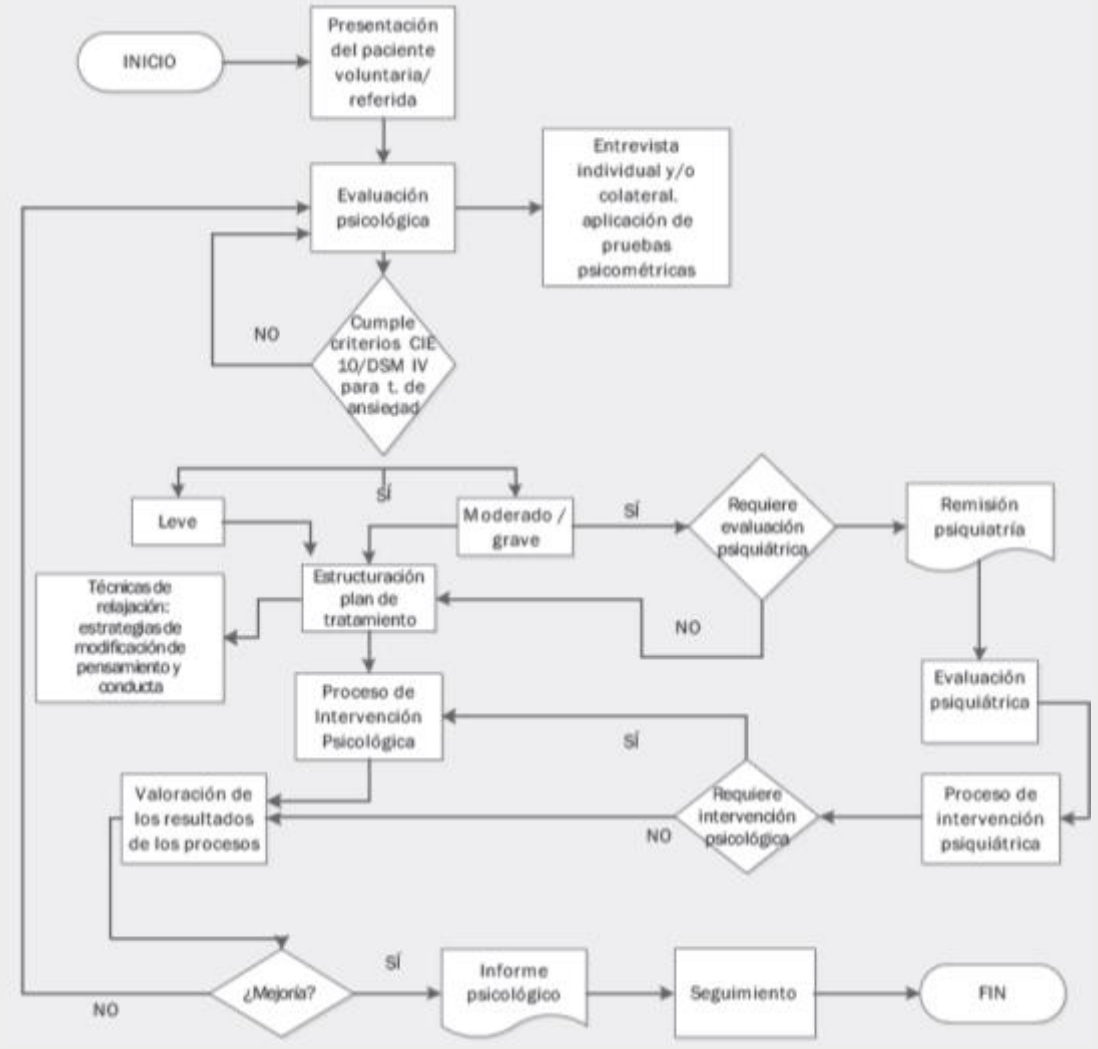
Intervención psicológica

En cuanto al manejo psicoterapéutico, se toman en cuenta los datos derivados de la evaluación psicológica que determinan las estrategias a implementar con el paciente.

Los objetivos y estrategias de intervención incluyen:

- Entrenamiento en técnicas de relajación bien sea muscular progresiva o de tipo autógeno que tiene como fin lograr que el paciente obtenga un mayor nivel de autocontrol.
- Las estrategias derivadas del modelo cognitivo-conductual establece la necesidad de que una vez identificada la existencia de distorsiones y errores de pensamiento, permita la puesta en marcha de estrategias de modificación de pensamiento, reestructuración cognoscitiva y cambio de conducta que puedan ser abordadas en forma directa con el paciente y fortalecidas a través de su grupo de apoyo.
- Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones.
- Entrenamiento en desensibilización por autocontrol ante situaciones desencadenantes de ansiedad
- Uso de autorregistros orientados a la identificación de metas clínicas y el cumplimiento de las mismas a partir de la intervención planeada.

FLUJOGRAMAS



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- American Psychiatric Association. 2004. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. COMPENDIO 2004. Barcelona, Ars Médica. Pág. 195.
- Asociación Psiquiátrica Americana. 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición (DSM IV). Barcelona: Masson.
- Baldwin D. S., Anderson I. M., Nutt D. J. y cols. 2005. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of psychopharmacology; 19(6): s67-96.
- Davidson J. R., Zhang W, Connor KM, y cols. Review: A psychopharmacological treatment algorithm for generalised anxiety disorder (GAD). J Psychopharmacol 2010; 24; 3. http://jop.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/1/3
- Kaplan B.J., Sadock V. A. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. LWW: New York, 2005.
- Swinson RP y cols. Clinical practice guidelines: Management of Anxiety disorders. Can J Psychiatry, Vol. 51, Suppl 2, July 2006.
- The National Collaborating Centre for Primary Care. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Jan 2011. NICE Clinical Guideline 112.

5.3. Guía de atención de reacciones a estrés agudo y trastorno de estrés postraumático

GUÍA DE ATENCIÓN DE TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO Y POSTRAUMÁTICO (TEPT)
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo del estrés agudo y postraumático con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT): se caracteriza por fenómenos de "reexperimentación" de acontecimientos altamente traumáticos como abuso sexual, tortura, actividad criminal, combate, catástrofes y accidentes, donde el paciente fue víctima o presenció la situación o evento estresante; síntomas debido al aumento de la activación (arousal), y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Estos síntomas usualmente aparecen y persisten más de un mes después del evento traumático; sin embargo, es posible que dichos síntomas afloren incluso después de varios meses o años del evento traumático. Un 25 a 30% de las personas expuestas a eventos traumáticos desarrollan el TEPT. En atención primaria se deben tener en cuenta traumas que pueden facilitar su aparición como acciden- tes de tráfico, violencia doméstica, abuso sexual en la infancia, asaltos y violaciones. Trastornos relacionados: **Reacción a estrés agudo durante operaciones en curso o reacción a estrés de combate y operacional:** Grupo de signos físicos, emocionales y mentales que resultan de un fuerte trabajo emocional y mental en condiciones difíciles. Inicialmente, algunos síntomas pueden ser simultáneos con el trauma o pueden darse luego del trauma en un intervalo de horas o días. Los síntomas incluyen depresión, fatiga, ansiedad, hipoprosexia (dificultad para centrar y mantener la atención), compromiso de memoria, hiperalertamiento, o alguno de los cuatro grupos de síntomas de TEPT que no se resuelven dentro de los cuatro días después del evento traumático. **Trastorno por estrés agudo:** síntomas clínicamente significativos (que causen importante compromiso en funcionamiento ocupacional, social o en otra área), que duren más de dos días y menos de un mes luego de la exposición al trauma. Después del evento traumático deben estar presentes, al menos, tres síntomas disociativos, de los siguientes: • Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de respuesta emocional • Reducción en conciencia de lo que lo rodea • Desrrealización • Despersonalización • Amnesia disociativa.
DESCRIPCIÓN CLÍNICA
CRITERIOS PARA TRASTORNOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha dado lo siguiente: • La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. • La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar, y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños se puede expresar como juego repetitivo donde aparecen aspectos del trauma.

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar. En niños, sueños terroríficos de contenido irreconocible.

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back).

(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolicen el acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), como lo indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) Restricción de la vida afectiva

(7) Sensación de un futuro desolador.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal como indican dos de los siguientes síntomas:

(1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

(2) Irritabilidad o ataques de ira.

(3) Dificultades para concentrarse.

(4) Hipervigilancia

(5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado: Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

CRITERIOS PARA TRASTORNOS POR ESTRÉS AGUDO

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha dado lo siguiente:

- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

(2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).

(3) Desrealización.

(4) Despersonalización.

(5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flash back recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables; por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios para explicar el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran mínimo dos días y máximo de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes siguiente al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

Nota: Se recomienda al profesional de la salud que brinda atención a pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés agudo o postraumático remitirse a los manuales de sistemas de clasificación, con el fin de contrastar criterios diagnósticos y diferenciación.

FACTORES DE RIESGO

Aunque el TEPT depende de la sensación subjetiva del evento traumático, se han identificado diversos factores de riesgo, clasificados según se presentan: pretrauma, postrauma o características propias del trauma.

Características del trauma:

- Naturaleza,
- Severidad y duración del evento traumático.

Tipo de trauma:

- Víctimas de crímenes violentos, violación, víctimas de guerra, torturas, supervivientes de accidentes y/o desastres.
- Alta percepción de amenaza sobre la vida.

Pretrauma:

- Estrés en la vida actual
- Pobre red de apoyo social
- Antecedentes personales psiquiátricos
- Maltrato infantil
- Jóvenes
- Género femenino (en cohortes no militares)
- Bajo nivel socioeconómico y cultural
- Ocupaciones de alto riesgo como Militares, policías, bomberos, personal de urgencias y de ambulancias.
- Antecedentes psiquiátricos familiares principalmente de trastornos de ansiedad o de trastornos del estado de ánimo, o de inteligencia baja.
- Rasgos de personalidad disfuncionales como hostilidad o neuroticismo y pobre autoeficacia
- Falta de experiencia o entrenamiento en afrontar eventos críticos.

Postrauma:

- Pobre red de apoyo social
- Procesos legales relacionados con el evento traumático
- Estresores vitales
- Pérdidas
- Estudios relacionan TEA (Trastorno por Estrés Agudo) como factor de riesgo para desarrollo de TEPT; de igual forma, se plantea que la disociación en el momento del evento traumático puede ser predictor importante para el desarrollo de TEPT crónico.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Si bien estos diagnósticos requieren el antecedente de un evento traumático, debido a síntomas disociativos, con alguna frecuencia el paciente no recuerda la experiencia o no la asocia con sus molestias actuales y consulta por síntomas somáticos inespecíficos a nivel gastrointestinal, genitourinario, cardiovascular, pseudoneurológico, o a veces por síntomas de ansiedad, depresión o cambios de conducta sin causa aparente, que generan grandes costos en el sistema de salud, en exámenes diagnósticos y tratamientos inefectivos.

Además la persona puede tener dificultad para expresar sus sentimientos y teme el rechazo y la estigmatización asociada culturalmente a las enfermedades mentales, más en un medio castrense, por lo cual es importante que el clínico tenga un alto nivel de sospecha clínica del trastorno e indague específicamente por eventos traumáticos, generando confianza y aceptación en el paciente, para que a continuación se atreva a contar los síntomas característicos de reexperimentación-intrusión, evitación-embotamiento afectivo e hiperactivación.

Son especialmente sugestivas de un trastorno de estrés postraumático subyacente frases como “me pone mal hablar de eso”, “siento o actúo como si me estuviera pasando de nuevo” (síntomas de reexperimentación-intrusión); “trato de no pensar en esto”, “no quiero volver a…”, “ya no me gus- ta…”, “no he vuelto a ser el mismo”, “siento que casi no voy a vivir, ya no hago planes”, “no he vuelto a sentir amor, placer, alegría…” (síntomas de evitación-embotamiento afectivo); “estallo con facilidad…” “ya no tolero…”, “todo me molesta…”, “no me puedo concentrar”, “ahora me la paso en la defensiva”, “me dan sobresaltos” (síntomas de hiperactivación).

Como en los trastornos depresivos o ansiosos es fundamental realizar anamnesis y **examen físi- co exhaustivo,** con el fin de reconocer o descartar lesiones o enfermedades físicas asociadas que puedan complicar el cuadro clínico. Es importante evaluar la presencia de otros trastornos mentales preexistentes o asociados, incluyendo abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, características de personalidad previas, estresores psicosociales crónicos, historia de maltrato infantil, que se consideran factores pronósticos de la respuesta al tratamiento.

En el diagnóstico diferencial se deben considerar desde las reacciones de estrés "normales" ante situaciones "anormales" denominadas "fatiga o estrés agudo de combate o de vuelo" que no tienen implicación patológica, las reacciones de "duelo" normales, los trastornos de adaptación tipo depresivo, ansioso, o mixto, los trastornos depresivos o ansiosos, hasta considerar incluso la presencia de trastornos psicóticos breves.

Valoración psicológica

Con el fin de precisar el diagnóstico y evaluar la respuesta al tratamiento es de utilidad la aplicación de una escala diagnóstica como la Clinical Administered Posttraumatic Scale (CAPS) o la Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) que han sido validadas para la población militar colombiana.

Es importante aclarar que ante la sospecha de alteración del trastorno de estrés postraumático, se hace necesario establecer las estrategias con las cuales la evaluación cumple los principios de suficiencia, optimización de recursos y seguridad. Dentro de las estrategias se incluye como de estricto seguimiento, lo siguiente:

- Entrevista semiestructurada con el paciente o con referente
- Utilización de instrumentos estructurados
- Registro de estado de canal de respuesta, en el cual se identifique la formulación de análisis funcionales que oriente sobre frecuencia, intensidad, relación entre situaciones y respuestas y factores de mantenimiento a nivel cognoscitivo y conductual
- En caso de sugerir alteración de rasgos de personalidad se recomienda aplicación de inventario MMPI-2 o Millon.

INTERVENCIÓN

MANEJO GENERAL

El manejo comienza con la atención inicial a los sobrevivientes de un evento traumático (catástrofe natural, accidente, combate, atentado, violación…), por parte del psicólogo o médico general de la unidad con conocimientos y experiencia en salud mental, siguiendo los principios de:

Proximidad: lo más cercano posible del lugar del evento, procurar no trasladar a los afectados salvo que haya necesidad por motivos de seguridad o salud.

Inmediatez: lo más pronto posible iniciar los cuidados permitiendo un ambiente cálido, cómodo, confiable, con reposo durante no más de una semana, adecuada alimentación y abrigo, en cercanía de sus compañeros.

Expectativa: se permite la expresión abierta de emociones, brindando a los síntomas una connotación de normalidad ante una situación o evento anormal, que resuelven espontáneamente en el transcurso de algunas semanas y la persona va a recuperar prontamente su capacidad laboral.

De acuerdo a este modelo se asume que se puede lograr la recuperación funcional, en un promedio del 60% de los afectados, evita complicaciones psiquiátricas, médicas o administrativas.

Reacciones a estrés agudo

Es importante realizar un triage (clasificación) de los individuos que han estado expuestos a situaciones de estrés agudo, con presencia o mayor riesgo de desarrollar complicaciones médicas o psiquiátricas, quienes ameritan tratamiento y seguimiento de acuerdo a su condición clínica. Se debe prestar especial atención a los que fueron afectados físicamente, con antecedentes personales o familiares de psicopatología incluyendo abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, rasgos previos disfuncionales de personalidad, antecedente de maltrato infantil u otro evento traumático previos, inadecuada red de apoyo familiar, laboral y social. Hay que tener en cuenta que quienes desarrollan trastorno por estrés agudo tienen alrededor de 30% de posibilidades de presentar trastorno de estrés postraumático.

La mayoría de sobrevivientes se benefician de acompañamiento, escucha activa, comprensión y catarsis si lo desean, lo más pronto posible. Una vez se encuentre garantizada la seguridad y supervivencia después del acontecimiento, la evolución tiende a ser favorable.

Para algunos sobrevivientes puede ser necesario usar contención física, esquema de sedación farmacológica e incluso hospitalización breve para manejar estados de angustia o alteraciones conductuales agudas y graves que no responden a una actitud de calma y confianza por parte del equipo tratante.

Trastorno de estrés postraumático leve y moderado

Para los casos establecidos, son útiles tanto la psicoterapia preferentemente cognitivo-conductual como la farmacoterapia y las medidas psicoeducativas y de apoyo. La elección de la modalidad de tratamiento inicial depende de las características del paciente, la presencia de enfermedades médicas o psiquiátricas comórbidas, la propensión para autodaño o lesionar a otros, lo reciente del evento traumático, la severidad y el patrón sintomático, el desarrollo de problemas interpersonales, familiares o laborales, la vulnerabilidad psicológica previa y las preferencias del paciente. En especial, se recomienda farmacoterapia para aliviar dolor físico o psicológico sobrecogedor, insomnio alterador, ira, agitación o disociación extremos, sobre todo, para aquellos pacientes cuyo estrés no permite nuevos aprendizajes verbales y otras estrategias no farmacológicas.

La severidad de respuesta inicial al trauma es un indicador razonable para intervención temprana. Dentro de las intervenciones tempranas están:

- Necesidades básicas: seguridad/sobrevivencia, alimentación, hidratación, vestido y refugio, sueño, medicación, orientación, comunicación con la familia, amigos y comunidad, protección de amenazas, toxinas.
- Primeros auxilios psicológicos: proteger a los sobrevivientes de mayor daño, reducir exaltación psicológica, movilizar medidas de apoyo, principalmente para los más comprometidos. Mantener familias juntas y facilitar reuniones con seres queridos.
- Proveer información, fomentar comunicación y educación. Usar técnicas efectivas de comunicación.

MANEJO AGUDO DE SÍNTOMAS

- Si se observa una adecuada adaptación o si hay respuesta negativa al evaluar síntomas de TEPT y/o REA (reacción a estrés agudo) no se requiere atención especializada.
- Si los pacientes presentan síntomas de TEPT o de TEA deben recibir manejo psicoterapéutico preferentemente y/o farmacoterapéutico.

INTERVENCIONES PSICOFARMACOLÓGICAS

La evidencia muestra que actualmente se consideran de primera línea los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, cuando los pacientes no puedan iniciar psicoterapia, debido al alto riesgo de agresividad.

Cuando se presenten alteraciones en sueño, se recomienda el uso de hipnóticos, preferiblemente no benzodiacepínicos, por periodos de tiempo breves; si requiere manejo a largo plazo debe considerarse el uso de antidepresivos con efecto hipnosedante como trazodone, paroxetina, mirtazapina o los tricíclicos, para evitar el riesgo de dependencia.

Si el resultado es parcial, se recomienda el uso de otros antidepresivos o antipsicóticos. Para evaluar respuesta al manejo farmacológico, deben administrarse durante, al menos, 4-6 semanas antes de considerar cambio del antidepresivo; si la respuesta es parcial debe continuarse, si es posible, aumentando la dosis, por lo menos cuatro semanas más.

REVALORACIÓN

Debe realizarse dentro de los primeros cuatro días con el fin de verificar si persisten los síntomas y así determinar la conducta a seguir.

Referencia al siguiente nivel de atención: monitoría y seguimiento en los primeros tres meses

Tiene como objetivo apoyar la resolución de síntomas y dificultades en el manejo inmediato del paciente o bien sea cuando posterior al seguimiento a cuatro semanas, se considera conveniente la evaluación e intervención de otros síntomas después de ocurrido el evento. Se puede considerar la realización de intervenciones psicoterapéuticas por periodos cercanos a tres meses luego del evento traumático, centradas en:

- Psicoterapia breve (5 sesiones), uso de técnicas derivadas de manejo de ansiedad.
- Terapia cognitivo-conductual (8 a 12 sesiones) regulares, continuas y en lo posible por el mismo profesional.
- Manejo farmacológico.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Los objetivos que orientan la intervención psicológica en pacientes con cuadros de estrés agudo o de estrés postraumático se concentran, en primera medida, en:

- Promover que el paciente reciba atención en sus necesidades básicas (sueño, normalización y otras medidas no farmacológicas).
- Brindar atención psicológica orientada a reducir estrés y síntomas específicos, en especial sobre el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento sobre factores desencadenantes de estrés.
- Remitir a sesiones de terapia psicológica individual o de grupo de acuerdo con las condiciones que se reconozcan en el paciente y que siempre deben ser voluntarias.
- Guiar la educación y normalización/expectativas de recuperación dentro de la experiencia a la que ha estado expuesto en forma directa o indirecta.
- Facilitar apoyo social y espiritual funcional.

Intervenciones psicoterapéuticas cuando los síntomas aparecen después de los tres primeros meses luego del evento traumático

Dentro de las intervenciones psicoterapéuticas que deben ofrecerse a todos los pacientes con TEPT, están: Psicoterapia Cognitivo-Conductual (TCC enfocada en el trauma, TCC enfocada en manejo de estrés, TCC grupal). La duración del proceso psicoterapéutico debe ser normalmente de 8 a 12 sesiones, cuando sea resultado de un evento traumático único. Las sesiones deben ser de 90 minutos y una sesión semanal, a realizar por el mismo terapeuta. Se sugiere considerar extender el tiempo de tratamiento más de 12 sesiones cuando existan múltiples eventos traumáticos, duelo traumático, cuando se presente discapacidad crónica como resultado del evento traumático, comorbilidades o disfunción social.

- **MANEJO ESPECIALIZADO:**

Los casos graves, aquellos acompañados de marcado descontrol, impulsividad, agitación, riesgo de autoheteroagresión, con síntomas psicóticos o disociativos, o los que han sido refractarios a la modalidad de tratamiento inicial, deben ser evaluados y manejados por el psiquiatra con la participación de un equipo interdisciplinario (psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, trabajador social, enfermería especializada en salud mental, entre otros profesionales). En estos casos, los anticonvulsivantes (ácido valproico, carbamacepina) pueden servir para los síntomas de reexperimentación-intrusión. Los antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, risperidona, otros) están indicados para tratar síntomas psicóticos asociados o casos refractarios a los tratamientos de primera línea. Los betabloqueadores alfa 1 antagonistas (prazocina) o alfa 2 agonistas pueden ayudar con algunos síntomas. Se han documentado experiencias positivas con venlafaxina o mirtazapina en personal militar colombiano.

También es importante considerar iniciar o intensificar la psicoterapia individual y grupal, siendo esta última relevante para casos con un evento traumático similar (por ejemplo, excombatientes, sobrevivientes de un desastre).

La hospitalización, preferiblemente breve, está indicada para casos con riesgo de autoheteroagresión, ideación suicida, de desesperanza o desesperación, presencia de síntomas psicóticos, agitación psico- motora, marcada inestabilidad emocional e impulsividad, comorbilidad con otros trastornos médicos o psiquiátricos que requieren manejo hospitalario, pobre adherencia al tratamiento ambulatorio, inadecuada red de apoyo o compromiso en la capacidad de autocuidado.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- American Psychiatric Association. 2004. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2004. Barcelona: Ars Médica. Pág. 195.
- Asociación Psiquiátrica Americana. 1995. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición (DSM IV). Barcelona: Masson.
- Caballo V. 2002. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Editoria. Volumen 2.
- Caballo, Vicente. Kaplan. BJ, Sadock V. A. 2000. Comprehensive Textbook of Psychiatry. New York: LWW.
- Garzón M. 2011. Guía de Manejo Trastorno de Estrés Postraumático. HMC (documento no publicado).
- Kaplan & Sadock. 2008. Sinopsis de psiquiatría 8ª edición: Kaplan BJ, Sadock VA. 2004. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th New York: Ed. LWW.
- León Silva L., Javier. 1998. Guías para manejo de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Volumen 2; 2002.
- Nemeroff.,Charles. 2002. Recognition and Treatment of psychiatric disorder.
- Organización Mundial de la Salud. 1991. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10.
- Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorder. American psychiatric Association. 2003.
- Sabogal G., Miguel. 2006. Guías para el manejo de las principales psicopatologías. Asociación Colombiana para la Salud Mental. Cartagena.
- Solomon Z, Shklar R, Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. Am J Psych 2005 Dec;162(12):2309-14.
- Zuluaga H. Guía de Manejo Clínico del Trastorno por Estrés Postraumático. DMEFA, 2010. (Documento no publicado).

5.4. Guía de atención de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

GUÍA DE MANEJO DE ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
La mayoría de estudios en salud mental ubica la prevalencia de la esquizofrenia entre el 0,5 y 1,5% de la población. En Colombia, no hay datos debido a que no fue incluido en el Estudio Nacional de Salud Mental. La OMS la considera además una de las 10 primeras causas de años de vida saludable perdidos por discapacidad; y llama la atención del riesgo de estos pacientes de no recibir un tratamiento adecuado en los servicios de salud, a pesar de la alta comorbilidad asociada al sedentarismo, mala higiene y hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de otras sustancias psicoactivas, aislamiento social y efectos colaterales de la medicación, generando altos costos a los sistemas de salud. Las causas de los trastornos psicóticos no son del todo conocidas, en la actualidad se consideran secundarios a un interjuego de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, bajo el modelo de vulnerabilidad-estrés. De esta manera una persona con mayor o menor vulnerabilidad puede o no desarrollar el trastorno de acuerdo a la intensidad de los factores ambientales. En general, se evidencia una disfunción de circuitos dopaminérgicos entre el sistema límbico y regiones prefrontales, que generan en el nivel psicológico dificultades en el razonamiento cognitivo y emocional, así como en procesos de aprendizaje, memoria, atención y funciones ejecutivas que, bajo situaciones de estrés sociocultural, hacen más vulnerable al individuo a manifestar la enfermedad. Como lo plantea el DSM IV (APA, 1994), el término psicótico ha sido definido de varias formas, ninguna de ellas ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término psicótico. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante. • **Esquizofrenia:** es una alteración que persiste durante mínimo seis meses e incluye al menos un mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También, se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual). • **Trastorno esquizofreniforme:** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (p. ej., la alteración perdura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional. • **Trastorno esquizoafectivo:** es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

- **Trastorno delirante:** se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.
- **Trastorno psicótico breve:** es una alteración psicótica que se extiende más de un día y que remite antes del mes.
- **Trastorno psicótico compartido:** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.
- **Trastorno psicótico debido a enfermedad médica:** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.
- **Trastorno psicótico inducido por sustancias:** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.
- **Trastorno psicótico no especificado:** se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

Nota: Se recomienda al profesional de la salud, que brinda atención a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, remitirse a los manuales de sistemas de clasificación, con el fin de contrastar criterios diagnósticos y diferenciación.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

CRITERIOS PARA ESQUIZOFRENIA

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

(1) Ideas delirantes

(2) Alucinaciones

(3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)

(4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

(5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del criterio A, si las ideas delirantes son extrañas o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa.

2) Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual. Estas alteraciones se prolongan más de un mes.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

CRITERIOS PARA TRASTORNO PSICÓTICO BREVE

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:
(1) Ideas delirantes
(2) Alucinaciones
(3) Lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
(4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos un día, pero inferior a un mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:
.81 Con desencadenante(s) grave(s): (psicosis reactiva breve) si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.
.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Especificar
si:
De inicio en el posparto: si se produce en las primeras cuatro semanas del posparto

FACTORES DE RIESGO

La literatura, a través del estudio de casos y el seguimiento a pacientes con este diagnóstico, ha considerado los siguientes factores de riesgo para los trastornos psicóticos:

- Factores genéticos
- Factores ambientales: nacimiento y crianza en medio urbano; migración y eventos vitales estresantes
- Adversidad social
- Anormalidades cerebrales: agrandamiento de los ventrículos
- Función cerebral: actividad metabólica reducida en ciertas regiones cerebrales
- Ausencia de figuras representativas durante la infancia
- Estrés incrementado
- Hábitos y condiciones nutricionales deficientes
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Lesión cerebral perinatal, infección del sistema nervioso central
- Sexo masculino.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Evaluación Psiquiátrica
Aunque es común la presencia de síntomas prodrómicos en los trastornos psicóticos como apatía, aislamiento, alogia (“casi no habla”), abulia (“nada le motiva”), aplanamiento afectivo (“no expresa emociones”), creencias, experiencias y conductas extrañas, la mayoría de las veces pasan inadvertidos para familiares, compañeros y jefes, hasta que se vuelven evidentes, cuando en el paciente aparecen cambios manifiestos de comportamiento con agresividad, desorganización e inadecuación conductual, incumplimiento de las demandas del ambiente laboral, escolar o familiar, aislamiento marcado, mutismo, descuido en higiene y autocuidado asociados a ideación delirante, alucinaciones y/o alteraciones del lenguaje. Estos pacientes son enviados para valoración psiquiátrica.
Como en cualquier trastorno mental, el paciente con síntomas psicóticos requiere anamnesis y examen físico exhaustivos, con el propósito de reconocer o descartar cualquier lesión o enfermedad orgánica que provoque o complique el cuadro clínico. Hay que tener en cuenta que ciertas enfermedades neurológicas, endocrinológicas, autoinmunes, infecciosas o metabólicas pueden manifestarse con un cuadro de características psicóticas. Se recomienda realizar como rutina un cuadro hemático completo, parcial de orina, glicemia,

función renal, electrolitos, calcemia, TSH, TAC cerebral y electroencefalograma y, según la sospecha clínica, evaluar la presencia de sustancias psicoactivas y otros tóxicos en orina. Puede ser necesaria la valoración por el especialista en medicina interna o neurología para cuadros atípicos con alteración del estado de conciencia (delirium).

En la **evaluación psiquiátrica** es importante determinar:

- La presencia de otros trastornos mentales preexistentes o asociados, incluyendo trastornos por consumo de sustancias psicoactivas
- Presencia de estresores psicosociales
- Características previas de personalidad
- Presencia de síntomas prodrómicos
- Características del cuadro clínico
- Riesgo de autoheteroagresión
- Redes de apoyo familiar-laboral-social, que podrían tener repercusiones terapéuticas y pronósticas.

Evaluación psicológica

Es importante aclarar que ante la sospecha de trastorno psicótico, se hace necesario establecer las estrategias con las cuales la evaluación cumple los principios de suficiencia, optimización de recursos y seguridad. Dentro de las estrategias, se incluye como de estricto seguimiento:

- Entrevista semiestructurada con el paciente o con referente
- Observación natural y guiada sobre aspectos de examen mental
- Utilización de instrumentos estructurados
- Registro de estado de canal de respuesta, en el cual se identifique la formulación de análisis que oriente sobre frecuencia, intensidad, relación entre situaciones y respuestas y factores de mantenimiento a nivel cognoscitivo y conductual.
- En caso de sugerir alteración de rasgos de personalidad, se recomienda aplicación de inventario MMPI-2 o Millon.

INTERVENCIÓN

Manejo general

El manejo debe ser realizado por un equipo interdisciplinario, bajo la coordinación y dirección del psiquiatra, que incluya al neurólogo, médico general, neuropsicólogo, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, trabajador social y enfermera jefe especializada en salud mental, entre otros.

En una fase inicial, se busca el control de los síntomas psicóticos, del riesgo de autoheteroagresión y las alteraciones conductuales y emocionales manifiestas mediante medicación antipsicótica, preferiblemente atípicos asociados o no a fenotiacinas o benzodiacepinas como coadyuvantes en el manejo de la ansiedad, agitación o insomnio. En esta fase se puede requerir hospitalización, preferiblemente breve, hasta que se controlen por lo menos los síntomas conductuales y emocionales, lo cual puede tardar entre 2 y 4 semanas. Algunos pacientes sin alteraciones conductuales importantes, con un aceptable control de impulsos y que cuenten con una adecuada red de apoyo, pueden ser manejados ambulatoriamente desde el comienzo del tratamiento.

Luego, se continúa el manejo de forma ambulatoria con actividades grupales, familiares, psicoeducativas, ocupacionales, recreacionales, deportivas y artesanales con la participación del equipo interdisciplinario, dirigidas a lograr una adecuada canalización de la energía, fomentar la adherencia al tratamiento y al autocuidado, alcanzar y mantener el mayor grado posible de reintegración funcional del paciente a su entorno familiar, laboral y social.

El tratamiento farmacológico debe continuarse por lo menos 1 año si se trata del primer episodio psicótico, de 2 a 5 años si es el segundo o indefinido si persisten síntomas residuales o si el paciente ha presentado cuadros graves de autoheteroagresión durante los episodios.

Manejo especializado

Para el manejo de cuadros de **agitación psicomotora o agresividad** el paciente puede requerir contención física o farmacológica cada 4-6 horas, según necesidad, bajo vigilancia estricta de estado clínico, signos vitales y aparición de efectos secundarios de tipo extrapiramidal. Puede ser de utilidad el uso de antipsicóticos atípicos en presentación inyectable, cuando el paciente es muy sensible a los efectos extrapiramidales.

Los antipsicóticos, especialmente los típicos, pueden causar efectos secundarios de tipo extrapiramidal como distonías agudas que se manejan con biperideno, prometacina o clonazepam IM y, eventualmente, se debe reducir una cuarta parte la dosis del antipsicótico. También, pueden generar a mediano plazo temblor y rigidez parkinsoniana que responden a biperideno, difenhidramina o prometacina y puede ser útil reducir una cuarta parte la dosis del antipsicótico y administrarlo por la noche. Con el uso, a largo plazo, pueden generar diquinesia tardía que consiste en un trastorno caracterizado por movimientos anormales en cara, tronco, cuello y las extremidades, que amerita la suspensión inmediata del antipsicótico y el cambio a clozapina o quetiapina. En el caso de distonías o síntomas parkinsonianos persistentes, a pesar del tratamiento, se puede cambiar la medicación por un antipsicótico atípico con bajo potencial de causar estos efectos.

Los antipsicóticos también pueden generar mayor a menor grado, de acuerdo a la afinidad por receptores muscarínicos, histamínicos y alfaadrenérgicos, síntomas anticolinérgicos como boca seca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, entre otros; síntomas antihistamínicos como somnolencia, aumento del apetito y aumento de peso y antialfaadrenérgicos como taquicardia, hipotensión postural y mareo, por lo cual se debe iniciar su prescripción con dosis bajas y aumentar progresivamente para dar tiempo que aparezca tolerancia a estos efectos. Si persisten estos efectos secundarios, y son intolerables para el paciente o están afectando la adherencia al tratamiento, se puede considerar cambiar el antipsicótico por otro con un perfil de efectos adversos más favorable. Se debe esperar cuatro a seis semanas antes de concluir que la respuesta terapéutica fue inadecuada, en cuyo caso se puede intentar con otro antipsicótico atípico o típico en las dosis convencionales durante 4 o 6 semanas. Si este segundo ensayo fracasa, se debe considerar la utilización de clozapina con un monitoreo frecuente del cuadro hemático para detectar precozmente la agranulocitosis que se puede presentar en el 1% de los pacientes. Si este tercer ensayo fracasa, se analiza la posibilidad de combinar dos antipsicóticos, uno de ellos puede ser clozapina o asociar con un modulador del estado de ánimo. En algunos casos, puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva bajo anestesia y relajación.

Los casos de **pobre adherencia al tratamiento** requieren una reevaluación y manejo adecuado de los efectos secundarios, así como un proceso psicoeducativo al paciente y su familia, sobre las ventajas de tomar medicación y los riesgos de suspenderla. Si la causa de la pobre adherencia son efectos secundarios se debe considerar cambiar el antipsicótico por otro con un perfil más favorable, teniendo en cuenta que el cambio debe ser gradual para minimizar el riesgo de recaídas. Son de suma utilidad las medicaciones de depósito como la pipotiazina o la risperidona, este último con la ventaja adicional de tratarse de un antipsicótico atípico con menor potencial de causar efectos extrapiramidales.

Teniendo en cuenta que los antipsicóticos, especialmente los atípicos, pueden producir aumento de peso y síndrome metabólico (un estado de resistencia a la insulina manifestado por obesidad central, aumento de cifras tensionales, hiperglicemia, dislipidemia, hiperuricemia) se debe medir peso, talla, perímetro abdominal y calcular índice de masa corporal, así como solicitar glicemia, perfil lipídico, ácido úrico a todo paciente que se le va a iniciar un antipsicótico y exámenes de control cada 3-6 meses, así como control de peso, perímetro abdominal y cifras tensionales cada mes. En caso de presentar evidencia de aumento de peso o síndrome metabólico se debe intentar en primera instancia modificaciones en dieta, ejercicio y estilo de vida, asociado a valoración y manejo conjunto con medicina interna. Si a pesar de esto persisten las alteraciones, se debe considerar cambiar el antipsicótico por aripiprazol o zipazidona que han demostrado menor potencial para causar estas alteraciones e incluso pueden revertirlas. En el caso de aumento de peso debido a olanzapina, varios estudios recientes han mostrado que puede ser de utilidad el cambio a presentación orodispersable. Se requiere de especial precaución al cambiar el antipsicótico y hacerlo paulatinamente por el riesgo de recaída que conlleva esta decisión.

Intervención psicológica

Como consecuencia del proceso evaluativo, es necesario definir el tipo de intervención terapéutica que puede tener el psicólogo como agente de cambio en conductas del paciente. Los ejes de esta pueden implicar educación, psicoterapia, terapia de grupo, familiar o terapia de juego. Adicionalmente, puede trabajar en el desarrollo de competencias y habilidades individuales sobre el manejo de áreas de ajuste, nivel de compromiso sobre los tratamientos instaurados.

Los tópicos de intervención, que en general se describen para este tipo de pacientes, se han sustentado en el modelo cognitivo-conductual, (Anexo 7) el cual estimula el desarrollo de habilidades sociales, fortalecimiento de estilos de afrontamiento, manejo de delirios y alucinaciones, reconstrucción de la dinámica familiar y social, manejo de síntomas cognitivos asociados a la atención, concentración y percepción así como en solución de problemas.

Los objetivos que determinan la selección de las estrategias de intervención se concentran en áreas como el repertorio de conductas sociales, el autocuidado, la conciencia de vulnerabilidad, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas, lo que permite que el paciente y su familia puedan enfrentar de manera significativa su funcionalidad tanto en el ambiente institucional como fuera de este.

FLUJOGRAMA



DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Asociación Psiquiátrica Americana. 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4a edición (DSM IV). Masson: Barcelona.
- Garzón M. 2011. Guía de Manejo de Depresión. HMC: Bogotá (documento no publicado).
- Gelenberg JA, Freeman MP, JC Markowitz, et al. 2010. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third Edition. American Psychiatric Association: New York. 152 págs. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx.
- Grupo de trabajo sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf.
- Hirschfeld RM, Cass RA, Holt DC, Carlson CA. Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. J Am Board Fam Pract 2005;18:233–9.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90: London, 2009. Disponible en http://www.nice.org.uk/CG90.
- Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ et al. International Consensus Statement on Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 2010;71[suppl E1]:e08. Resumen disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20371035.
- Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (1991). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1ª reimpresión. Panamericana: Madrid, 2004.
- Zuluaga H. Trastornos depresivos. Guía de Práctica Clínica. DMEFA: Bogotá, 2010 (documento no publicado).

5.5. Guía de manejo de las urgencias psiquiátricas

GUÍA DE MANEJO DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
OBJETIVO
Ofrecer una propuesta de abordaje clínico para el manejo de urgencias psiquiátricas con el fin de optimizar la calidad, eficiencia y racionalidad de los servicios de salud.
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios SSFM
DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES
La presencia en los servicios de urgencias o el llamado a atender en otro lugar a una persona con alteraciones emocionales y del comportamiento, despierta en el profesional de salud variadas actitudes que oscilan entre el deseo de ayudar, la sensación de impotencia y el miedo a sufrir agresiones verbales o físicas por parte del paciente. En esa medida, es importante contar con la preparación necesaria para abordar estas situaciones de manera empática y comprensiva, cuidando la seguridad del equipo sanitario, las instalaciones y la del propio afectado. **Urgencia psiquiátrica:** cuadro agudo de alteración del comportamiento, las emociones y/o el pensamiento, que pone en riesgo inminente la integridad física o mental del paciente o de quienes lo rodean y que amerita una atención inmediata por el equipo de salud. Comprende dos síndromes específicos que pueden coexistir: agitación psicomotora y riesgo de suicidio-heteroagresión, causados por múltiples trastornos mentales primarios o secundarios a otra enfermedad. **Agitación psicomotora:** estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora, en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. **Intento de suicidio:** acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo[74]. **Riesgo de suicidio:** posibilidad que una persona atente contra la propia vida o integridad física. **Riesgo de heteroagresión:** probabilidad estimada de presentar conductas de agresión hacia otras personas, de acuerdo a la presencia o ausencia de factores de riesgo o protección para el evento. **Contención emocional:** procedimiento verbal, gestual y actitudinal mediante el cual se busca generar confianza en el paciente y su colaboración en el tratamiento, que se debe intentar, en primera instancia, en todo paciente con agitación psicomotora antes de proceder a la contención física y/o farmacológica. **Contención física:** acto médico, mediante el cual un equipo de salud entrenado, inmoviliza a un paciente de manera segura para evitar que se haga daño a sí mismo, a otras personas o a las instalaciones; indicado cuando el paciente persiste agitado, luego de intentar la contención emocional. **Contención farmacológica:** acto médico mediante el cual se prescriben medicamentos sedantes, ansiolíticos e hipnóticos para tranquilizar un paciente agitado, luego de haber sido adecuadamente inmovilizado o de haber decidido cooperar y aceptar la medicación para después de la contención emocional. **Evento traumático:** situación excepcional, en la que una persona ha participado, ha sido testigo o ha contado, y durante la cual: (1) han ocurrido muertes o amenazas para su integridad física o la de otros, y (2) ha respondido con temor, desesperanza, indefensión u horror intensos. **Estrés de combate:** cuadro agudo de alteraciones psicofisiológicas, cognoscitivas, afectivas y comportamentales que ocurre durante un tiempo después de un combate, y afecta transitoriamente las funciones mentales del combatiente. No se considera un trastorno mental sino una reacción "normal" ante una experiencia "anormal", que requiere ser procesada y asimilada por el sistema nervioso. **Trastorno por estrés postraumático:** se caracteriza por fenómenos de "reexperimentación" de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal), y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma de más de un mes de duración.

74 Pascual P., A., Morena S., Téllez. J. & López, C (2005). El paciente suicida. Guías Clínicas Finisterra.

Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático y no persisten más de un mes (ver criterios en Guía de trastornos por estrés postraumático).

Psicosis: cuadro de pérdida de contacto con la realidad en el cual la persona puede presentar comportamientos inadecuados o desorganizados, acompañados de estados emocionales alterados, debido a ideas delirantes (ideas erróneas mantenidas firmemente, que no se modifican por la ra- zón, no compartidas por el grupo cultural) o alucinaciones (percepción de objetos que no existen) (ver criterios en Guía de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos).

Manía: cuadro de exaltación afectiva, caracterizado por euforia, grandiosidad e irritabilidad injustificadas, que puede estar acompañado de aumento de la energía, hiperactividad ya sea orientada a un objetivo o desorganizada, disminución de las necesidades de sueño, aumento de la producción verbal, hipersexualidad, atención dispersa, excesiva confianza y optimismo e involucramiento en acti- vidades potencialmente riesgosas, entre otros síntomas (ver criterios en Guía de trastornos bipolares).

Depresión: cuadro de disminución del estado de ánimo y/o del interés en las actividades de más de dos semanas de evolución, acompañado de alteraciones del sueño, del apetito, del nivel de energía, sentimientos de inferioridad o culpa, deseos de estar muerto o ideas, planes o intentos suicidas, disminución de la concentración y el rendimiento, entre otros síntomas (ver criterios en Guía de Trastornos depresivos).

Delirium o síndrome confusional agudo: alteración aguda del estado de consciencia, caracterizada por fluctuaciones en la atención, acompañada de alteraciones psicomotoras, afectivas, del pensamiento, de la sensopercepción y funciones cognitivas, generalmente debido a una cau- sa orgánica como hipoxia, anemia, desequilibrio hidroelectrolítico, trastornos metabólicos, sepsis, traumatismo craneoencefálico, dolor, medicamentos anticolinérgicos u opiáceos, u otras sustancias psicoactivas, entre otros.

Intervención en crisis: procedimiento terapéutico mediante el cual a través de la escucha atenta y activa, el diálogo y el acompañamiento emocional, el terapeuta, que puede ser médico o psicó- logo, ayuda a un paciente afectado por una situación que desborda sus recursos de adaptación a aliviar sus emociones, desvirtuar distorsiones cognitivas y ver posibles alternativas de solución a su problema.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

RIESGO SUICIDA

Es la principal emergencia para el profesional en salud mental, el riesgo de heteroagresión y el hecho de pasar por alto condiciones médicas subyacentes potencialmente fatales, son también muy relevantes. De acuerdo a las estadísticas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se suicidan cada año alrededor de 4 por 100.000 habitantes, el pico de mayor riesgo es la adolescencia y juventud, etapas de la vida en la que se encuentra la mayor parte de la población militar. Quienes presentan factores de riesgo como: acceso a medios letales, exposición a situaciones estresantes, distanciamiento de sus redes de apoyo familiares y comunitarias, lo que en conjunto puede explicar la mayor proclividad a esta conducta.

Para personal militar en zonas de combate, Bryan, Kanzler, Durham y cols. (2010) plantean que debido a una mayor exposición a violencia en la zona de combate y atrocidades, se genera un fenómeno llamado “capacidad adquirida para el suicidio“, caracterizado por habituación al dolor, miedo y la muerte. Otros factores encontrados son la disponibilidad inmediata de armas de fuego (no basta con quitar el armamento al paciente), el insomnio, las pesadillas, los fenómenos de reexperimentación, agitación e hiperalertamiento, pobre apoyo social y limitado acceso a servicios de salud mental y a estrategias de manejo de riesgo.

También, son de consideración los episodios de agitación que potencialmente pueden llevar a agresiones serias, por la exposición a eventos traumáticos, el estrés del ambiente militar, la disponibilidad de armas, el entrenamiento en combate y la desensibilización ante la experiencia de causar lesiones a otros que puede ocurrir en algunos combatientes.

AGITACIÓN Y AGRESIÓN

Son situaciónes clínicas que ocurren con cierta frecuencia en las unidades de salud y en los servicios de urgencias. Esta condición, en general, representa una excitación mental acompañada de un au- mento inadecuado de la actividad motora con o sin un fin determinado. Representan un grave pro- blema tanto para el paciente (por riesgo de autoagresión) como para los familiares y el entorno en general (por riesgo de heteroagresión).

El paciente agitado no debe confundirse con el paciente violento en sí mismo; la frontera entre estos es difícil de establecer, debido a que el estado de ánimo del paciente agitado puede manifestarse a través de diferentes componentes: ansiedad, eufória, risa y llanto incontrolables.

Se ha observado que en algunos pacientes que presentan esta condición pueden cursar alteraciones orgánicas que comprometen el nivel de conciencia, lo que determina la necesidad de descartar una causa que puede incluir trastornos sistémicos del sistema nervioso central así como el abuso de tóxicos que terminan repercutiendo sobre la función cerebral, y puede ocasionar un síndrome confusional agudo o delirium, con características propias que ameritan intervención médica particular.

Otra condición psiquiátrica que puede evidenciar episodios de agitación son los trastornos bipolares en fases de manía, en especial cuando se reconoce, bien sea por historia previa o evidenciado en la evaluación, que el paciente ha cursado con síntomas psicóticos. En las manías delirantes se puede observar comportamiento agresivo, acompañado generalmente de euforia, verborrea y grandiosidad.

Es importante precisar que en algunos casos de agitación reactiva o situacional se reconocen los tras- tornos o reacciones de adaptación a nuevos contextos en los que el paciente pueda desenvolverse. En general, situaciones de alto impacto emocional (duelo, catástrofes) pueden desencadenar mani- festaciones de agitación.

SIGNOS DE ALARMA

SIGNOS DE ALARMA (INMINENTES) DE SUICIDIO

- Dificultad para concentrarse o pensar claramente
- Regalar las pertenencias, hablar acerca de marcharse o la necesidad de “dejar todos sus asuntos en orden”
- Dejar una carta de despedida
- Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un periodo de ansiedad
- Pérdida de interés en actividades que antes eran agradables
- Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol, consumir sustancias psicoactivas o hacerse cortaduras
- Dificultad repentina en el desempeño escolar o laboral
- Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño
- Hablar acerca de sentirse desesperado o culpable
- Sentimientos de desesperanza y pérdida de control
- Distanciamiento de los amigos o falta de interés en hacer salidas a cualquier parte
- Cambios inusuales en los hábitos de sueño o comidas

SIGNOS DE ALARMA (INMINENTES) DE HETEROAGRESIVIDAD

Basados en observación de conducta, información de la familia y acompañantes, historia previa y juicio clínico:

- Aumento creciente de la actividad motora
- Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos
- Desconfianza hostil, agitación, excitación, alteraciones del pensamiento como ideas delirantes tipo im- postor, o con relación a objetivos personales, alucinaciones auditivas de ordenanza
- Sospecha o evidencia de consumo de tóxicos
- Antecedentes de conducta violenta previa
- La presencia de clínica alucinatoria incrementa el riesgo

Signos de alarma de riesgo orgánico vital:

- Deterioro de constantes vitales o del estado general del paciente
- Alteración del nivel de conciencia y/o la presencia de alucinaciones visuales

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

PACIENTE CON RIESGO SUICIDA

- Realizar anamnesis y examen físico (incluir signos vitales) con especial énfasis en signos clínicos de autolesiones actuales o previas, o de intoxicación exógena.
- Entrevistar amigos y familiares para corroborar y ampliar información; así como comprometerlos en la vigilancia y acompañamiento del paciente.
- Establecer la presencia de algún trastorno mental que aumente el riesgo de suicidio y requiera tratamiento específico.
- Frente al potencial suicida se debe actuar como si el riesgo fuera alto, tomando todas las medidas necesarias para evitar su ocurrencia teniendo en cuenta que un acto suicida es por naturaleza irreversible.

PACIENTE CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ CON ALTO RIESGO DE HETERO O AUTOAGRESIÓN

- Generar estrategias de máxima comodidad y protección sobre el paciente definir la existencia o no de alteraciones de causa orgánica.
- Uso de medicamentos, métodos de contención que faciliten la inmovilización y que disminuya el riesgo de auto/heteroagresión en el paciente.
- Identificar las medidas de seguridad (presencia de miembros de seguridad) que requiera, una vez haya sido estabilizado, como parte del protocolo de atención sobre la condición clínica del paciente.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA:

- Explorar mediante la entrevista el tiempo de evolución, características del cuadro clínico, antecedentes, desencadenantes, manejos previos por parte del paciente o del equipo de salud, estrategias de afrontamiento y redes de apoyo (Anexo 5).
- Motivar al paciente a hablar sobre lo que siente, con comentarios empáticos como “noto que algo lo tiene muy desesperado/nervioso/afligido (según el caso), me gustaría que me contara cómo se siente y cómo puedo ayudarle…”
- Valorar signos de inminencia y factores de riesgo de autoagresión de acuerdo a los antecedentes, enfermedad actual y examen mental.
- Solicitar apoyo de trabajo social en caso de problemas socioeconómicos o familiares.
- Solicitar valoración psicológica y pruebas de apoyo diagnóstico, para evaluar posibles rasgos disfuncionales de personalidad y estrategias inadecuadas de afrontamiento a intervenir.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:

- Estar atentos a signos de inminencia y factores de riesgo de agitación y agresión de acuerdo a los antecedentes, enfermedad actual y examen mental.
- Cuidar la propia seguridad antes de abordar el paciente. Estar preparado con el equipo humano y recursos físicos necesarios para contener el paciente.
- Evaluar la posible presencia de un trastorno mental orgánico (delirium) o psicótico, pues con estos pacientes no va a ser posible el diálogo y van a requerir contención física y farmacológica.
- Es recomendable aclarar que el procedimiento no es un castigo sino la única manera de evitar que se haga daño a sí mismo, a otros o a las instalaciones; una vez se haya tranquilizado y el riesgo de nuevos episodios esté controlado, se retirará la inmovilización.
- Favorecer la expresión de sentimientos, con comentarios empáticos. Si el paciente accede, ofrecerle algún ansiolítico vía oral para ayudarle a tranquilizarse.
- Una vez el paciente se ha tranquilizado, ya sea con contención verbal, física o farmacológica, completar entrevista, examen mental, examen físico (no olvidar signos vitales) y neurológico, así como solicitar paraclínicos para descartar causas orgánicas de agitación o delirium.
- Entrevistar a acompañantes y familiares para ampliar información y comprometerlos en el plan de tratamiento.
- Solicitar valoración psicológica y pruebas de apoyo diagnóstico, para evaluar posibles rasgos disfuncionales de personalidad o estrategias inadecuadas de afrontamiento a intervenir.
- Solicitar apoyo de trabajo social en caso de problemas socioeconómicos o familiares.

INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA

Tratamiento posterior al intento de suicidio

- Garantizar seguridad física
- Atención de complicaciones médicas
- Valorar severidad y probabilidad de repetición
- Investigar situación vital
- Realización de historia clínica completa
- Descartar trastorno psiquiátrico
- Decidir manejo definitivo

Criterios de hospitalización

- No colabora con la evaluación asumiendo una actitud negativista, hostil o que inspira desconfianza.
- Luego de la evaluación e intervención en crisis persisten con marcada inquietud, ansiedad, ideas de desesperanza o de suicidio así no sean estructuradas.
- Red de apoyo ausente o conflictiva.
- Ideas suicidas estructuradas.
- Depresión mayor, trastorno de pánico o ansiedad grave, trastornos psicóticos, de personalidad, demencias u otros trastornos mentales orgánicos.
- Dependencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Comorbilidades o complicaciones médicas que ameritan manejo conjunto con otras especialidades y psiquiatría.
- Pacientes que son traídos luego de cometer intentos suicidas con métodos altamente letales como agredirse con un arma o un puñal, intentar ahorcarse, estrangularse o lanzarse de una altura.
- Riesgo moderado, alto o extremo de suicido.
- Remisión por otro psiquiatra con recomendación de hospitalización, así en la entrevista actual aparenten sentirse bien.
- Pacientes cuya familia persiste con temor que vuelva a intentar el suicidio luego de la evaluación o intervención en crisis.

Manejo psicofarmacológico

Las benzodiacepinas y antipsicóticos, preferiblemente atípicos en dosis bajas y durante menos de una semana, pueden ser de utilidad para reducir la ansiedad y la activación.

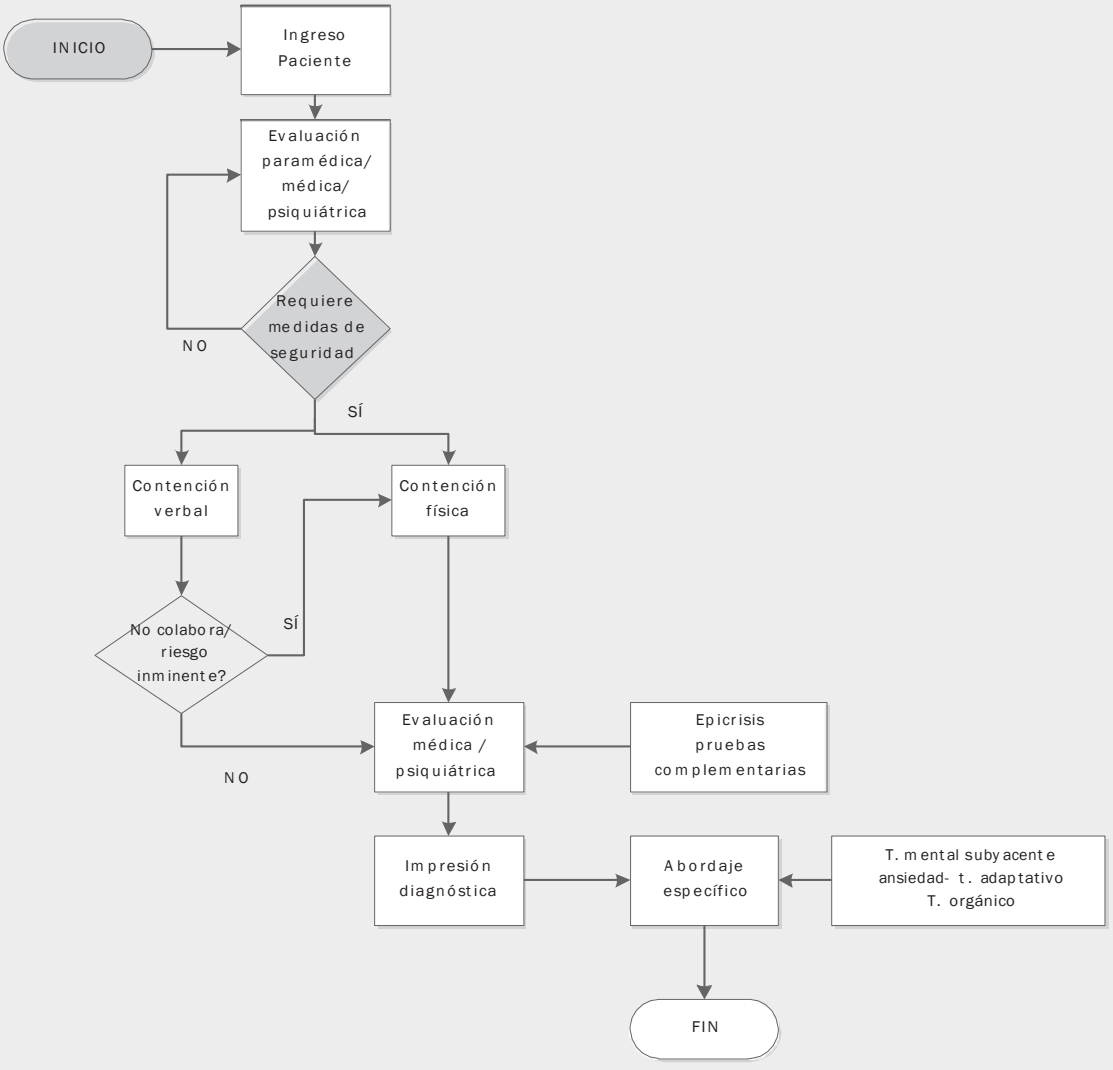
De acuerdo al diagnóstico psiquiátrico se debe iniciar el tratamiento apropiado para el trastorno mental, teniendo especial precaución con la activación que puede ocurrir en la primera semana de tratamiento, con antidepresivos como inhibidores de recaptación de serotonina, noradrena- lina y tricíclicos.

Manejar el insomnio con trazodone, mirtazapina o antihistamínicos como hidroxicina o difenhidramina.

INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE AGITADO

- Garantizar seguridad física
- Atención de complicaciones médicas
- Valorar severidad y probabilidad de repetición
- Investigar situación vital
- Realización de historia clínica completa
- Descartar trastorno psiquiátrico
- Decidir manejo definitivo

FLUJOGRAMA


INICIO
Ingreso Paciente
Evaluación paramédica/ médica/ psiquiátrica
Requiere medidas de seguridad
NO
SÍ
Contención verbal
Contención física
No colabora/ riesgo inminente?
SÍ
NO
Evaluación médica / psiquiátrica
Epicrisis pruebas complementarias
Impresión diagnóstica
Abordaje específico
T. mental subyacente ansiedad- t. adaptativo T. orgánico
FIN

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- National Institute for Health and Clinical Excelence. Violence: The short term management of disturbed/violente behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Royal College of Nursing, London: 2006.
- Jacobs D. Work Group on Suicidal Behaviors. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric association: Washington, 2003.
- Daniel SS, Goldston DB. Interventions for suicidal youth: A review of literature and development considerations. Suicide Life Threat Behav. 2009 June; 39(3): 252-269.
- Bryan CJ, Kanzler KE; Durham TL y cols. Challenges and Considerations for Managing Suicide Risk in Combat Zones. Military Medicine Oct 2010; 175 (10): 713-718.
- MD Consult: Suicide and suicidal behavior: Patient Education http://www.mdconsult.com/das/patient/body/231108979-4/0/10041/36.
- Orbach I. Self-destructive process and suicide. Isr J Psychiatry Relat Sci 2007;44(4): 266–279.
- Rueda F. Guía sobre la prevención de suicidio para personas con ideación suicida y sus familiares. Servicio Andaluz de Salud, 2010.
- Guía de Manejo del Potencial Suicida. Dirección de Sanidad Ejército Nacional, 1ª edición, Bogotá. 2006.
- Schreiber J, Culpepper L, Fife A. Suicidal ideation ande behavior in adults. UpToDate 2010. http://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?view=print.
- White A. An evidence based clinical guideline for the initial management of behavioral emergencies. Journal of emergency nursing 2010; 35(5):450-454.
- Fernández G. V, Múrcia P. E, Sinistrerra A. J, Casal A. C, Gómez E M. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias 2009; 21: 121-132
- Madoz G. C, Martínez M.M, Otaño M. El paciente agitado. Libro electrónico de temas de urgencias. En: www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/libro% electronico%20de%20temas%20de%Urgencia/17.Psiquiatricas.
- Torres O. J, Peña A. JM, Riuz R. M. El paciente agitado: su manejo en urgencias. En: www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/agitado%20en%20urgencias.pdf.

6. REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL

6.1. Marco de referencia

La salud mental ha sido un aspecto que privilegia el mundo entero, como una meta sobre la cual es necesario abordar diferentes ejes de trabajo en las instituciones de salud. De acuerdo con esto, es tan importante la salud mental como el enfermo que padece algún tipo de trastorno.

Las políticas mundiales en cuanto a salud mental se refiere, se han nutrido de convenciones y acuerdos que han trazado implicaciones para Colombia, en la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental. En el país, se ha establecido la Ley 1306 de 2009 en la cual se dictan normas para la protección e inclusión social de toda persona con discapacidad mental; así mismo, se busca promover la rehabilitación y el bienestar del enfermo.

La discapacidad mental es definida como la presencia de limitaciones psíquicas o de comportamiento, que no permiten al individuo comprender el alcance de sus actos o asumen riesgos excesivos o innecesarios en el manejo de sus condiciones de vida y de su patrimonio[75].

Dentro de los programas de rehabilitación, se recomienda determinar los siguientes ejes:

- Respeto de su dignidad, autonomía y posibilidad de tomar decisiones e independencia.
- No discriminación por razón de discapacidad.
- Participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- Respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad mental como parte de la diversidad y la condición humana.
- Igualdad de oportunidades.
- Accesibilidad.
- Igualdad entre el hombre y la mujer con discapacidad mental.
- Respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad mental y su derecho a preservar su identidad.

Para garantizar la puesta en marcha de estas recomendaciones en los programas de rehabilitación, los servicios de salud deben operar como una red organizada, que asegure para todos los individuos el acceso y la atención oportuna de sus problemáticas de salud. La prevención de enfermedades y la promoción de la salud colectiva estarían destinadas a la reducción de riesgos y a la minimización del impacto de enfermedades.

6.2. Objetivos

- Promover la rehabilitación en Salud Mental de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través del fortalecimiento de programas de prevención e intervención que permitan la recuperación integral y faciliten la integración laboral, familiar y social.
- Promover el conocimiento de los trastornos mentales y de las oportunidades de tratamiento, rehabilitación e inclusión social.
- Plantear hacia el futuro el fortalecimiento de un programa de rehabilitación psicosocial integral para los usuarios del Subsistema de Salud de las FF. MM., acorde con las necesidades específicas de la población, y en cumplimiento con la normatividad legal vigente.

6.3. Estrategias

- Las Fuerzas Militares identifican la necesidad de fortalecer el programa de rehabilitación y reintegración psicosocial, de prevención e intervención oportuna sobre la condición clínica del paciente que permita la recuperación integral y facilite la reinserción familiar, laboral y social.
- La estrategia promueve mejorar el funcionamiento social, facilitar la vida independiente y el mantenimiento en la comunidad; disminuir la gravedad de los síntomas y potenciar el manejo de la enfermedad; lograr la recuperación y adquisición de aquellos conocimientos,

75 Ley 1306 de 2009.

hábitos y habilidades necesarios para favorecer la integración sociolaboral.

- Se reconocen como otras estrategias para alcanzar el objetivo de la rehabilitación:
  - Incorporación de la persona con trastorno mental y sus familiares en el manejo de su condición mental.
  - Promoción y desarrollo de iniciativas educativas sobre estigma y discriminación entre profesionales y agentes de salud.
  - Empoderamiento de la persona con diagnóstico de enfermedad mental como líder de su propio proceso, conocedor de su enfermedad y de la posibilidad de rediseñar un sistema de vida acorde con su discapacidad sin victimizarse.
  - Promoción de la inclusión de redes sociales de apoyo para personas con problemas psicosociales o trastornos mentales.

6.4. Marco conceptual

El tratamiento y la rehabilitación integral de las personas que pertenecen al programa de Salud Mental, debe dirigirse hacia la recuperación como ser biopsicosocial, aunque no siempre logre recuperación completa ni la remisión total de la sintomatología. Por lo tanto, la rehabilitación es un proceso personal que depende del cambio de actitud frente a las expectativas, estrategias de afrontamiento, proyección para aceptar y superar las repercusiones psicosociales de la enfermedad, durante y después de la permanencia en unidades de salud mental mejorando la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores.

La rehabilitación psicosocial se basa, además, en el **principio de autonomía e independencia.** Se centra en la recuperación y/o adquisición de las capacidades que le permitirán ejercer el derecho a desenvolverse con mayor autonomía en un entorno concreto. Supone, además, reconocer que las personas con enfermedad mental crónica son sujetos y no objetos. Así, en virtud de este principio, la persona que se convierte en el conductor y protagonista de su proceso de rehabilitación, deberá conocer su situación y realizar elecciones en función de las posibles alternativas existentes en él.

La rehabilitación se orienta también en el **principio de normalización.** La definición técnica de la normalización es "poner a disposición de todos los enfermos mentales unas condiciones y unas formas de vida que se aproximen lo más posible a las circunstancias y al estilo de vida vigentes en la sociedad. Wolfensberger[76] propone la siguiente definición del principio de normalización: "La utilización de medios culturalmente normativos (familiares, técnicas valoradas, instrumentos, métodos), para permitir que las condiciones de vida de una persona (ingresos, vivienda, servicios de salud, etc.) sean, al menos, tan buenas como la de un ciudadano medio, y mejorar o apoyar en la mayor medida posible su conducta (habilidades, competencias, etc.), apariencia (vestido, aseo, etc.), experiencias (adaptación, sentimientos, etc.), estatus y reputación (etiquetas, aptitudes de otros, etc.)."

El modelo de Rehabilitación Funcional para las FF. MM. se fundamenta en la atención psicosocial, que permite un abordaje hacia la recuperación y readaptación fuera de los centros de internación, centrando la intervención en el usuario y la familia o cuidador. En este contexto de cambio, se consolidan **los centros de rehabilitación** (psicosocial) definidos como un servicio de atención integral, organizado para promover en las personas con enfermedad mental, el máximo desarrollo de su autonomía personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar su integración social.

Rehabilitación psicosocial

En concordancia con el abordaje integral de la salud mental propuesto en el presente plan, y desarrollando los lineamentos de las Leyes al respecto (1471/2011; 1438/2011; 1306/2009), se incluye en este capítulo una aproximación al manejo del personal que, a pesar de todas las medidas de promoción, prevención y atención clínica, desarrollan trastornos mentales graves, que generan discapacidad, con el propósito de ofrecer, a quienes han servido a la Institución y a sus familias, la posibilidad de recuperar el ma-

76 Wolfensberger, W. 1972. The principle of normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

yor nivel de funcionalidad en el medio familiar, laboral y social.

Se parte de una concepción incluyente, en la que se reconoce que la persona con cualquier trastorno mental, sin importar su severidad, tiene los derechos que corresponden a cualquier ser humano, y además por el problema que le ha generado su discapacidad merece un trato especial, por constituir un grupo en situación de desventaja en riesgo de estigmatización y abuso.

Si bien los trastornos mentales pueden comprometer la capacidad de juicio y toma de decisiones, esto no es un fenómeno generalizado, permanente ni absoluto; por lo cual, en cada momento y para cada situación específica sobre la cual se vaya a tomar una decisión que afecte una persona con un trastorno mental, se le debe preguntar y tener en cuenta sus preferencias y opiniones cuando sean razonables, así como las de su responsable legal cuando ha sido declarado interdicto.

En esa medida, no se puede pretender que todas las personas con un trastorno mental se quieran "rehabilitar" aprendiendo oficios estereotipados como panadería, agricultura, artesanía o carpintería; en cambio, se debe buscar de una manera dignificante y humanizante, cómo ayudar a la persona a reencontrarse y redireccionarse hacia su proyecto de vida, con el mayor grado de autonomía posible, descubriendo y aprovechando sus recursos y potencialidades, en armonía con su medio familiar, laboral y social.

Comprender así la problemática, implica empezar a prestar atención, escuchar y acompañar a cada enfermo mental, en su tránsito desde la condición de "alienado", que se le daba hasta hace poco, al de un ser humano, sujeto de derechos, único, irrepetible, irreemplazable, con una manera peculiar de pensar, sentir, actuar e interrelacionarse que merece nuestro respeto, apoyo y consideración, para incluirlo y permitirle despejar y alcanzar sus sueños de realización personal.

Con el fin de optimizar los recursos, las acciones específicas de rehabilitación psicosocial se deben centrar en las personas con Trastorno mental grave, definido como cualquier trastorno mental no orgánico, de más de 2 años de duración o 6 meses continuos de síntomas, que genera discapacidad cognitiva, comunicacional, relacional, laboral o social a quien lo padece, pues son los pacientes que están en mayor riesgo de no poder acceder a servicios de salud adecuados, de tener condiciones de vida inhumanas, de no tener adherencia a los tratamientos, y de generar los mayores costos directos por hospitalizaciones y atención de urgencias, así como indirectos: incapacidades, indemnizaciones, pensiones, mayor propensión a lesiones o enfermedades físicas, abandono familiar y social, baja calidad de vida y afectación desfavorable de la imagen institucional.

Estos pacientes se deben buscar activamente a través de los registros de atención en consulta externa, urgencias y hospitalización; contactarlos y evaluarlos por un equipo interdisciplinario de rehabilitación psicosocial que incluya: trabajador social, enfermero jefe, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico general, psicólogo, odontólogo, neuropsicólogo y psiquiatra, para definir, desarrollar y evaluar un plan de manejo individualizado con un año de duración, procurando reducir la discapacidad, elevar la percepción de calidad de vida y disminuir costos por hospitalizaciones y atención de urgencias de estos pacientes.







Capítulo IV

SALUD MENTAL MILITAR

INTRODUCCIÓN

Las Fuerzas Militares, como otras empresas, es una organización compleja, por la naturaleza de su labor y por los constantes desafíos que enfrentan en países como Colombia, donde se resaltan valores como la defensa de la Patria, la entrega, valentía y honor en procura de alcanzar un ambiente de paz y progreso que garantice el libre ejercicio de todos los derechos ciudadanos en un país democrático.

Las condiciones que representa el servicio de los hombres en las Fuerzas Militares, sumado a la presencia del conflicto armado en el país, resaltan la necesidad de disponer de los mejores hombres, quienes en forma permanente entregan su motivación, compromiso, valentía y vida, quienes deben contar con todo el respaldo para garantizar este propósito. Por eso, es tan importante no dejar de lado el reconocimiento que tienen la salud mental de nuestros hombres y las implicaciones psicológicas que representa esta gran responsabilidad. Se hace indispensable planear y fortalecer los mecanismos que han de favorecer la capacidad de afrontar la guerra, amortiguar su impacto, contar con recursos psicológicos especiales, que les permita aprender a tolerar, canalizar y aprovechar constructivamente todos los sentimientos, emociones e impulsos, sin perder el sentido del deber, manteniéndose en un marco ético y moral, y de esta manera proyectar un modelo de valores que despierte en los ciudadanos sentimientos y acciones de respaldo a un proyecto de desarrollo nacional.

Planteado este desafio se consolida en este documento las directrices de respaldo para los procesos de selección del mejor talento humano, inducción, adaptación a la vida militar, entrenamiento y fortalecimiento para afrontar situaciones de riesgo, manejo post-situación crítica, primeros auxilios psicológicos y protocolo de manejo integral para personal rescatado, liberado y/o fugado, que se convertirán en la guía indispensable de los grupos interdisciplinarios de soporte en Salud Mental dentro de las Fuerzas Militares.

1. SELECCIÓN E INCORPORACIÓN

1.1. Marco de referencia

Por su esencia, las Fuerzas Militares exigen condiciones y características específicas de aquellos que aspiran ingresar a sus filas, y de quienes se espera se mantendrán en la disciplina militar con el paso del tiempo y los acontecimientos.

La institución castrense se rige actualmente por las normas contempladas en el Decreto 1796 del 14 de septiembre de 2000 de Aptitud Psicofísica, definida como el conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y potencialidades de orden físico y psicológico que deben reunir las personas en los diferentes eventos del ciclo de vida militar incluyendo ascensos, comisiones y retiro, entre otros.

El proceso de selección representa para las Fuerzas Armadas, la estrategia inicial para consolidar su reconocimiento como organización estructurada al servicio del país. En términos generales, pretende buscar personas que aporten una definida contribución con su carácter y con sus habilidades, en contraste con los criterios de cada una de las Fuerzas (Ejército, Armada y Fuerza Aérea), razón por la cual los estándares de aceptación deben ser rigurosos y exigentes, convirtiéndolos en

filtros efectivos para que ingresen sólo aquellos que realmente reúnen los perfiles requeridos por las Fuerzas Militares de Colombia.

Este proceso incluye diferentes fases que evalúan áreas de ajuste biopsicosocial, desempeño académico, salud física y mental. La fase de evaluación psicológica se orienta a determinar la presencia de conductas compatibles con la vida militar que permitan hacer una predicción de su desempeño y rendimiento, facilitando su proceso de adaptación y compromiso institucional. Esta fase que representa el inicio de la vida militar, requiere del mayor rigor y compromiso corresponsable de comandantes y personal encargado del proceso de incorporación, con el fin de incorporar a las Fuerzas Militares hombres y mujeres con condiciones psicológicas óptimas para el ejercicio de la actividad militar.

Es importante tener presente que las competencias solicitadas a cada aspirante tendrán una clara correspondencia con las características establecidas en los perfiles de oficiales, suboficiales y soldados.

Proceso de evaluación psicológica

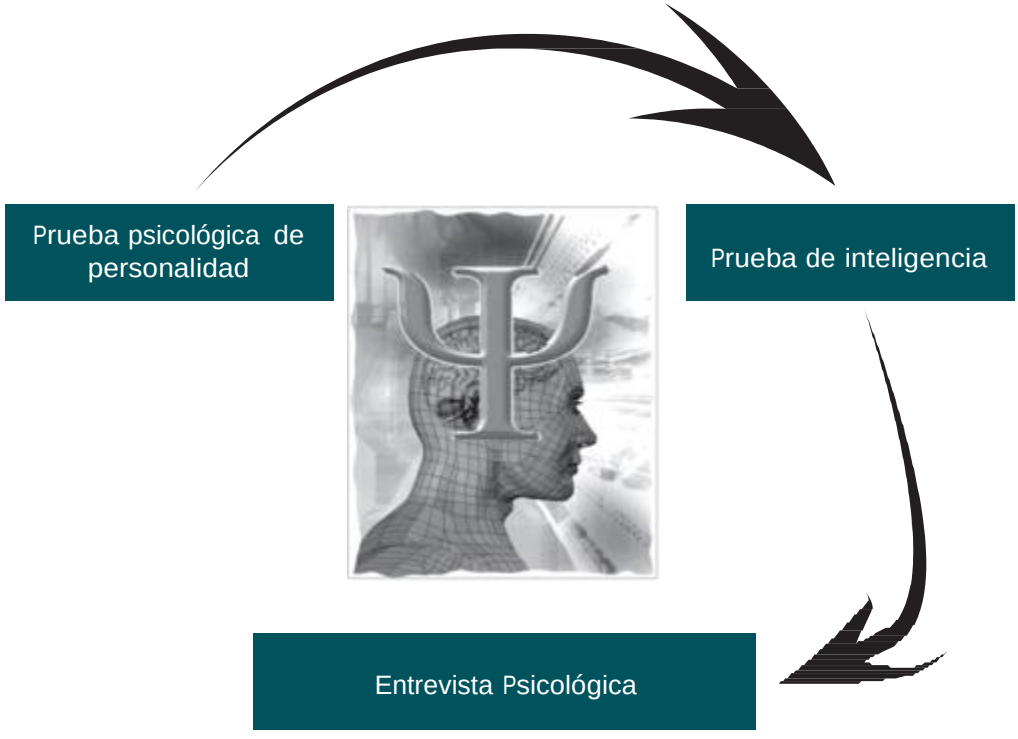


Figura 8. Procesos de evaluación Psicológica. Fuente: Salud Mental DISAN EJC.

En consideración con la importancia que representa la evaluación psicológica, en el presente plan maestro se enuncian aquellos aspectos generales que han de respaldar los procesos de selección e incorporación; sin embargo, de acuerdo con las actividades y funciones que el personal tendrá que desarrollar en las diferentes Fuerzas, es claro que en muchos casos se requerirán pruebas más especializadas ajustadas a las necesidades instituciones. En general, los hombres que integran las Fuerzas Militares en diferentes grados han de expresar, entre otras, las siguientes competencias generales:

Responsabilidad: compromiso con un alto sentido del deber y del cumplimiento de las obligaciones en las diferentes situaciones de la vida.

Autocontrol: capacidad de mantener las propias emociones bajo control y evitar reacciones negativas ante provocaciones, oposición u hostilidad por parte de otros o bajo condiciones de estrés.

Liderazgo: capacidad del militar que permite orientar la influencia sobre sus hombres, promoviendo en ellos una alta motivación por conseguir cada objetivo en su trabajo, lo cual conllevará a alcanzar el objetivo final.

Toma de decisiones y persistencia: entendida, la primera, como esa capacidad para elegir entre varias alternativas aquellas que son más viables basándose en un análisis exhaustivo de los posibles efectos y riesgos de acuerdo a lo que se pretende lograr. La segunda, hace referencia a la tenacidad, la insistencia permanente para lograr un propósito y no desfallecer hasta conseguirlo.

Compromiso: capacidad para tomar conciencia de la importancia que tiene el cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del plazo que se le ha estipulado. Dicho trabajo debe ser asumido con responsabilidad, poniendo el mayor esfuerzo para desempeñar la tarea de una forma adecuada, buscando la idoneidad y considerando en todo momento el seguimiento de las reglas impuestas.

Trabajo en equipo: habilidad para establecer relaciones con sus compañeros a fin de que cada uno pueda desempeñar las funciones de su cargo, articulando las metas que le compete alcanzar con las de sus compañeros de trabajo y finalmente con la asignada institucionalmente. Implica establecer relaciones de cooperación y preocupación, no sólo por las propias responsabilidades sino también por las del resto del equipo de trabajo.

Lealtad y sentido de pertenencia: se refiere a la identificación de cada aspirante con la Institución, dando cuenta, que conoce su misión, objetivos y de manera general las condiciones que le son propias. Se refiere a la disposición que tenga para defender los intereses de la Fuerza en ocasiones en que estos se vean amenazados.

Adaptación al cambio: capacidad para enfrentarse con flexibilidad y versatilidad a situaciones nuevas y para aceptar los cambios de forma positiva y constructiva.

Asunción de riesgos: capacidad para emprender y asumir acciones que envuelvan un riesgo deliberado con el objeto de lograr un beneficio o una ventaja importante.

2. INDUCCIÓN, INSTRUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO

2.1. Adaptación a la vida militar

Objetivo

Facilitar el proceso de adaptación y acomodación del personal que ingresa a las Fuerzas Militares, permitiendo el desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades propias del ser humano, fomentando el sentido de pertenencia y espíritu de cuerpo, bajo los parámetros de dignidad y respeto.

Marco de referencia

El proceso de adaptación a la vida militar implica la modificación de formas de comportamiento del individuo para ajustarse a las normas militares. Al ingresar se deben abandonar hábitos o prácticas que formaban parte de su vida diaria, pero que en su nuevo rol requiere adquirir otros que se ajusten a las condiciones del medio castrense.

Según la actitud con que el joven militar acepte las demandas y exigencias del medio, será más probable su ajuste a las normas, favoreciéndose de esta forma el proceso de adaptación. Se debe entonces propiciar la identificación con la unidad militar, a través de la enseñanza de los principios, valores y normas de la Institución, además de facilitar las condiciones socioambientales mínimas tales como bienestar, buen trato, instrucción y normas de conducta claras.

Estos propósitos enmarcados en la psicoeducación durante el proceso de adaptación, requieren difusión continua, permanente y constante para asegurar la asimilación de los nuevos términos y conceptos, y la interiorización de significados, con el propósito de conducir inicialmente a la aceptación y posteriormente a la acomodación al medio militar.

El concepto de adaptación intercultural[77] involucra la experiencia de diferentes respuestas emocionales asociadas a las etapas en la vida militar que dan cuenta del nivel de adaptación al contexto.

77 Laspau. Adaptación Intercultural. Obtenido de www.laspau.harvard.edu.2006

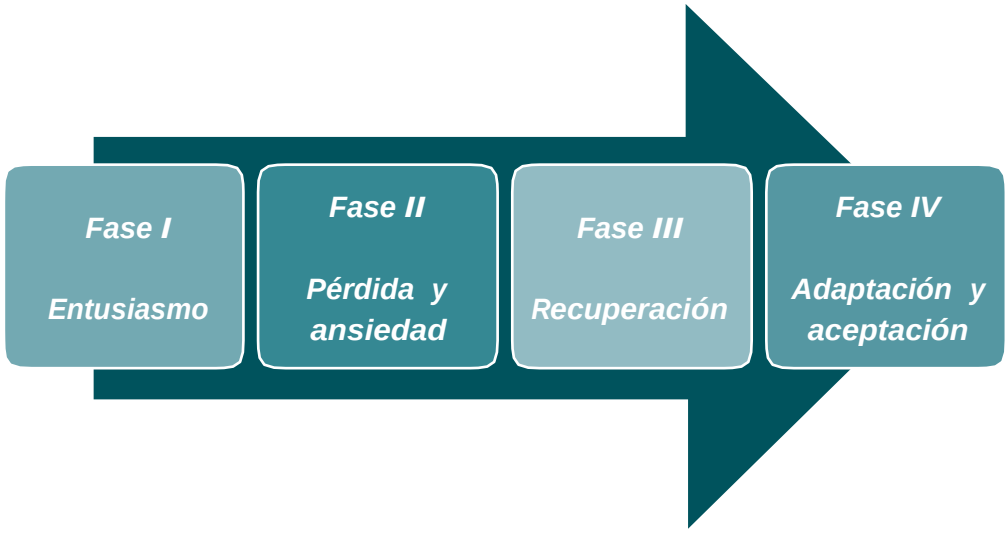


Figura 8. Fase de adapatación intercultural.

Fase I. entusiasmo: se manifiesta de forma inicial cuando la persona percibe la experiencia de ingresar a un medio diferente, como algo emocionante, interesante y divertido, basado en los preconceptos y/o imágenes colectivas que tenga del ambiente.

Fase II. pérdida y ansiedad. luego de los sentimientos experimentados en la primera fase, los cuales por lo general se desvanecen para pasar en muchas ocasiones a un deseo inmenso de regresar al anterior estilo de vida, experimentando ahora sí la sensación de pérdida.

Fase III. recuperación: en poco tiempo, la mayoría de las personas comenzarán a recuperar su interés por el nuevo ambiente asociado con un mejor nivel de autoestima, familiaridad con los alrededores y mayor entendimiento del contexto.

Fase IV. adaptación y aceptación: en la cuarta y última fase del proceso de adaptación intercultural, la mayoría de las personas comienzan a concentrarse más en las ganancias obtenidas (o que obtendrán) a partir de las nuevas experiencias, lo que sugiere el paso al nivel de aceptación y adaptación esperados.

Considerando que la edad de la población que ingresa a las Fuerzas Militares oscila entre 18 y 21 años, es relevante mencionar el período final de la adolescencia, donde el joven debe enfrentar un conjunto de desafíos y tareas en su proceso de convertirse en adulto. Esto le exige optar por distintos ámbitos en la vida tales como estudios, amistades, trabajo, pareja, etc.

Los adolescentes necesitan formar grupos de pertenencia para encontrar en ellos confianza, camaradería, intimidad o debate, y necesitan contar con una familia y una escuela/ institución formadora que les ofrezca respeto, puntos de referencia y seguridad. Según Gerric y Zimbardo[78] a través de la interacción con los amigos, los adolescentes, de manera gradual, definen el componente social de sus identidades en desarrollo, determinan el tipo de personas que quieren ser y las relaciones que desean tener.

En consecuencia, otro elemento a considerar en esta etapa, es el establecimiento de las relaciones interpersonales, a través del contacto social asertivo, que le permita al nuevo integrante construir relaciones de amistad sanas y funcionales (“lanza”, “código”) y ser aceptado por sus pares. Disponer del máximo tiempo de convivencia con los comandantes y compañeros, con las normas, órdenes y exigencias, permitirán la apropiación del nuevo rol y darán paso al proceso de duelo por la pérdida temporal o definitiva de su actual estilo de vida.

78 Guerric y Zimbardo. Psicología y vida. Pearson educación. México. 2005.

La población recién ingresada a las Fuerzas Militares que hasta ahora se dispone a conocer el medio, y especialmente en el caso de aquellos que prestan el servicio militar por disposición obligatoria, requiere un énfasis en el manejo emocional, que les permita una adecuada integración entre las experiencias de la vida diaria que empiezan a acumular y la gama de sensaciones que descubren; posibilitándose así el manejo asertivo de sus emociones, lo que estas producen y las formas de utilizarlas para su beneficio, o influir en ellas cuando son inadecuadas y entorpecen el normal funcionamiento y/o el rendimiento en las actividades diarias.

De esta manera, las Fuerzas Militares requieren de hombres sanos, comprometidos, con altos estándares de rendimiento, un alto nivel de tolerancia a la frustración y con capacidad de adaptación al cambio en un tiempo relativamente corto.

Durante esta fase se establecen los siguientes objetivos:

- Favorecer en el incorporado el conocimiento de normas y conductas propias del medio militar, que le serán exigidos a partir de esta fase, que comprenda y asimile la misionalidad de las Fuerzas Militares y su papel como miembro activo.
- Propender por un ambiente que favorezca entre el personal el reconocimiento de valores inherentes a la vida castrense, como disciplina, responsabilidad, deber o espíritu de sacrificio y de servicio.

2.1.1. Personal de soldados e infantes de marina

Con el fin de lograr que en esta fase se favorezca la adaptación a la vida militar, se enuncian a continuación los diferentes momentos en los cuales es importante intervenir:

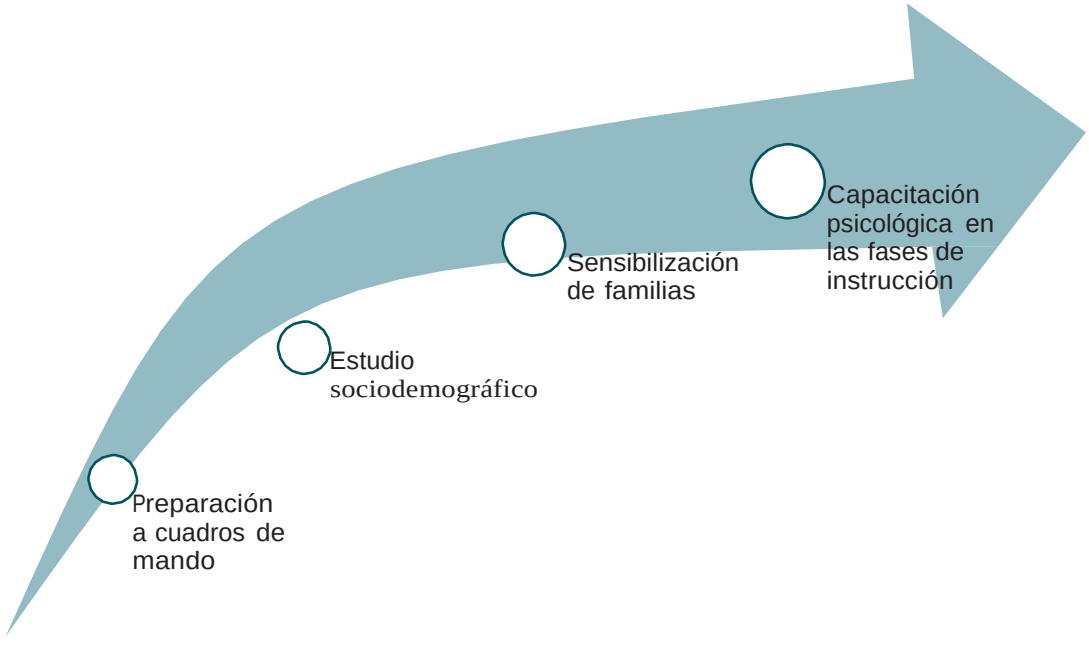


Figura 9. Aspectos a intervenir en la fase de adaptación.

Preparación a personal de mando

Es necesario preparar a los oficiales, suboficiales y, especialmente, a los dragoneantes en la recepción del personal recién incorporado, haciendo énfasis en explicar el proceso de adaptación, adolescencia, métodos de aprendizaje, liderazgo y buen trato.

Estudio sociodemográfico

A través de entrevistas de seguimiento al personal recientemente incorporado, y con el propósito de identificar factores de riesgo, se recomienda realizar un estudio sociodemográfico de las compañías de instrucción, en donde se describan características generales que permitan

desarrollar el plan de intervención, apoyado con la práctica de tamizajes en salud mental. Lo anterior, antes de cumplir el tercer examen médico.

Sensibilización de familias

Con el propósito de facilitar el proceso de adaptación de los recientemente incorporados, se hace necesario una intervención con las familias según disponibilidad, utilizando para esto las dos primeras visitas para brindar información básica sobre el proceso de adaptación, deberes, obligaciones y derechos de los soldados, los cambios, proceso de duelo y el acompañamiento y respaldo que la familia debe dar.

Capacitación psicológica

De forma paralela a los tres momentos anteriores, se realizará la capacitación psicológica propiamente dicha de acuerdo con las etapas de instrucción:

FASE PSICOLÓGICA	TEMÁTICA PSICOLÓGICA
FASE I ENTUSIASMO	Fortalecimiento de la autoestima (autoimagen y autoconocimiento)
	Manejo de las emociones
FASE II PÉRDIDA Y ANSIEDAD	Estilos de afrontamiento
	Sentido de vida
	Ruptura y pérdida (duelo)
FASE III RECUPERACIÓN	Comunicación asertiva
	Trabajo en equipo
	Resolución de conflictos
FASE IV ADAPTACIÓN Y ACEPTACIÓN	Hábitos de vida saludable
	Manejo y control del estrés
	Prevención en SPA
	Elección de pareja
FASE V READAPTACIÓN A LA VIDA CIVIL	Orientación vocacional
	Proyecto de vida

Tabla 19. Psicoeducación en las etapas de instrucción

Para el caso de Armada Nacional, se establece el eje temático de salud mental operacional donde el proceso de adaptación en el Infante de Marina es denominado Línea de vida del Infante de Marina. En este eje temático se tiene en cuenta el tiempo y los diferentes aspectos a tratar en cada uno de esos momentos institucionales; deben ser pertinentes, no solo por su ciclo vital sino por el límite mental y físico que enfrenta en cada uno de los pasos del proceso de su servicio militar:

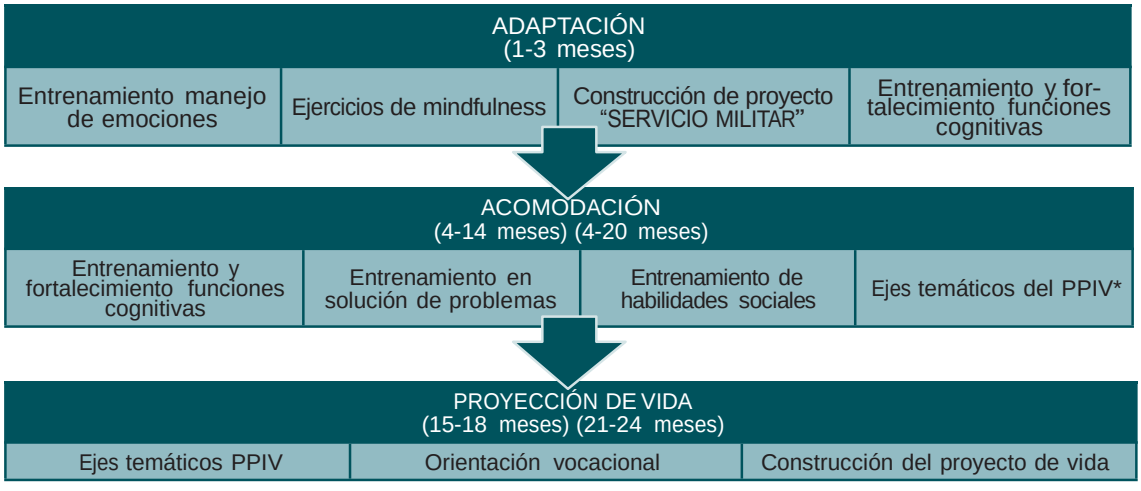


Figura 10. Abordaje de la línea de vida del Infante de Marina. Fuente Salud Mental ARC.
* Prevención, promoción, intervención y vigilancia en Salud Mental.

En la **Fase de adaptación**, que en tiempo institucional incluye del mes 01 al 03, esta etapa está a cargo de la Escuela de Formación y es importante dar al Infante de Marina herramientas en:

- **Manejo de emociones**: mediante entrenamiento se permite la identificación y posterior manejo de los sentimientos y emociones, orientado a que el joven canalice los aspectos ambivalentes de la emoción sentida y las exigencias del medio militar que está conociendo.
- **Ejercicios de mindfulness**: puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Es centrarse en el presente de forma activa y reflexiva, la técnica está basada en el concepto del biofeedback, exposición y autorregulación que es necesaria para la elaboración de la situación actual, de la búsqueda de autoconocimiento y el control que se deriva de prever la conducta realizada.
  Es importante que los ejercicios conserven las características de la técnica:
  - Centrarse en el momento presente,
  - Apertura a la experiencia y los hechos,
  - Aceptación radical,
  - Elección de las experiencias
  - Control.

  Germer[79] recapitula algunos elementos claves del mindfulness como: prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados, manteniendo el tiempo presente, aceptando la circunstancia sin desear cambiar o que sea otra, con la posibilidad de centrar la atención las veces que sea necesario en lo escogido, observando de forma participativa, sin referente verbal, solo emocional, y de carácter exploratorio y liberador.
- **Construcción del proyecto "servicio militar "**: los esfuerzos del grupo de salud mental, se encaminan a construir con el Infante de Marina en formación un proyecto con objetivos e indicadores de cumplimiento propios de cada uno de los momentos Institucionales, aspecto que le permita iniciar y finalizar un ciclo de su vida, disminuyendo la incertidumbre y permitiéndole la planeación.
- **Entrenamiento y fortalecimiento en funciones cognitivas**: es necesario el entrenamiento de las funciones como atención, memoria, praxias, gnosias y función ejecutiva, debido a que su misión institucional está supeditada a una exigencia biológica y mental que conduce al éxito operacional.

La **Fase de acomodación** es la fase más extensa y el objetivo principal del servicio militar; permite al Infante de Marina llegar a su unidad destino y conocer, experimentar y confiar en lo que su entorno le determina de manera segura, generando sentido de pertenencia como un factor protector en la vida militar. Se intervienen en los siguientes aspectos:

- **Entrenamiento y fortalecimiento en funciones cognitivas**: se continúa con el entrenamiento y contextualización de las exigencias de cada unidad, su entorno y características del enemigo.
- **Entrenamiento en solución de problemas**: se fundamenta en apoyar al Infante de Marina en la determinación y decisión ante un conflicto; este aspecto toma valor especial debido a que el control de los cuadros disminuye y existe cierta independencia y manejo del tiempo libre, es importante recordar en ella los ejercicios de mindfulness.
- **Entrenamiento en habilidades sociales**: en solución de problemas que permitan un comportamiento asertivo del Infante de Marina, acogiendo los planteamientos teóricos de Caballo (2004). en el tema[80].
- **Ejes temáticos del PPIV (prevención, promoción, intervención y vigilancia en salud mental)**: en conductas de autodaño, violencia intrafamiliar y de género (VIF y VG), infecciones de transmisión sexual (ITS) y los diferentes sucesos del ciclo vital.

79 Germer, C. Siegel, R y Fultan P. Mindfulness and psychotherapy. New York: The Guilford press. 2005.

80 Caballo, E. Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volúmenes I y II. España: Ed. Siglo XXI.

En los últimos cuatro (4) meses, se trabaja en la **Fase de proyección de vida**, donde el objetivo es prepararlo para el retorno a la vida civil; en este tiempo se desarrollan actividades en:

Ejes temáticos del PPIV: se da continuidad a las actividades de prevención, promoción, intervención y vigilancia de los ejes temáticos planteados anteriormente.

Orientación vocacional: se evalúan destrezas y fortalezas del Infante de Marina en oficios, labores y/o técnicas, con el objetivo de apoyar el autoconocimiento laboral y permitir que al final de la prestación del servicio militar sea recordado como una etapa decisiva en su vida productiva.

Construcción del proyecto de vida: esta última fase pretende contribuir directamente a la disponibilidad en la reserva activa del personal, en la creación de sentido de Patria y en la lealtad de incentivar valores que apoyen a las Fuerzas Militares, convirtiendo al próximo reservista en un aliado de la seguridad.

Este abordaje desde salud mental se complementa con el programa de Formación Integral Humanística que trabaja con los grupos multiplicadores (Comandantes, Segundo Comandante, Sargento Mayor o Jefe Técnico de Comando, Psicólogo, Trabajador Social y Médico) en los diferentes pilares como afectividad y sexualidad, madurez humana, antropología del hombre, situaciones límite de la vida militar y espiritualidad, dirigido por la Jefatura de Formación, Instrucción y Educación Naval.

2.1.2. Personal de Oficiales y Suboficiales

El proceso de formación militar en las Escuelas para Oficiales y Suboficiales propende por una formación integral como líderes comandantes del personal y recursos para el combate, profesionales en ciencias militares y otras disciplinas, con sólidas competencias fundamentadas en principios y valores institucionales, en función del desarrollo y la seguridad nacional. Así mismo, permite al alumno proyectarse respecto de sus responsabilidades, obligaciones y deberes, fortaleciéndose en un proceso de mejoramiento continuo durante la adaptación al medio militar

El personal recientemente incorporado y que se encuentra en el año de prueba en las diferentes unidades militares, de acuerdo con las disposiciones de las Fuerzas, tendrá un desempeño progresivo en áreas directamente relacionadas con las operaciones militares, por lo que requiere un proceso de inducción integral y específico en la Unidad de destinación. El área de salud mental se vincula con intervenciones de promoción y prevención, análisis psicológico periódico, acorde a las exigencias y normatividad vigentes de cada Fuerza, retroalimentando a las diferentes Escuelas de Formación Militar sobre el proceso de adaptación.

2.2. Fase de entrenamiento psicológico militar

2.2.1. Marco de referencia

Sun Tzu [81] en "El arte de la guerra" consideraba que "si los Oficiales no están ejercitados, estarán ansiosos y confundidos en la batalla; si los Generales no están competentemente entrenados, sufrirán angustia mental cuando se enfrenten al enemigo"; como punto de inicio, es importante saber que un tratado milenario del arte mismo de la guerra, da especial relevancia a la condición mental del combatiente y a la carga emotiva y cognitiva, resaltando que la fortaleza mental puede estar por encima de la fuerza física en algunas ocasiones, aspecto que solo empezó a ser estudiado a principios del siglo XX con el advenimiento de las guerras mundiales y la observación de las secuelas psicológicas en el combatiente.

El entrenamiento continuo de las habilidades y destrezas del combatiente y la evaluación constante de ellas, permite certificar que cada hombre y mujer de las Fuerzas Militares se encuentra en un nivel de entrenamiento cognitivo, emocional y conductual que favorece su capacidad para responder de manera efectiva a las necesidades insti-

81 Sun Tzu. Citado por Mc Nab, Chris. 2002. Técnicas de existencia. Ed. Libsa

tucionales, especialmente en el área operacional. De acuerdo con lo anterior, la intervención psicológica se concentra en dos áreas complementarias: la optimización de destrezas y habilidades cognitivas que certifiquen que el militar se encuentra en condiciones de dar respuesta a las exigencias institucionales y, la segunda área, la condición afectiva y emocional donde se evalúan los rasgos, temperamento, nivel de adaptación y procesos de autorregulación emocional, entre otros.

En relación con la primera área de trabajo, el psicólogo militar cumple tareas de evaluación, análisis e identificación de aquellas funciones superiores que son susceptibles de fortalecimiento y potencialización que favorezcan el trabajo de los militares en los diferentes escenarios de las FF.MM. Aquí, se requiere que tome en cuenta los siguientes lineamientos:

- Identificar la población objeto a la cual va a dirigir su entrenamiento.
- Determinar las características de la tarea en la cual se va a trabajar y las necesidades a nivel cognoscitivo, emocional y conductual que se requiere para la labor militar.
- Definir aquellas acciones que de manera individual y grupal impone el ajuste de variables que acompañan las necesidades cognoscitivas, emocionales y conductuales que respalden la optimización de las actividades propias del ejercicio como militar.
- Analizar y proponer cuando se requiera, programas de entrenamiento que fundamenten el proceso de cambio en el ciclo de vida militar.

2.2.2. Entrenamiento mental

Un protocolo de entrenamiento mental debe incluir una adecuada caracterización de la población objeto, una línea base inicial construida con las evaluaciones a instructores y "mejores hombres en su área" y un grupo de actividades conceptualmente dirigidas a potencializar la función cognitiva del militar en su área de operaciones.

Cada Fuerza tiene una especialidad operativa básica pero, al profundizar en su interior, presenta diversidad por las especialidades que tiene, aspecto que demanda de parte del psicólogo el reconocimiento y puesta en marcha de diversas actividades orientadas al cumplimiento de los objetivos del entrenamiento mental; dentro del subprograma de Psicología Operacional, se abarca:

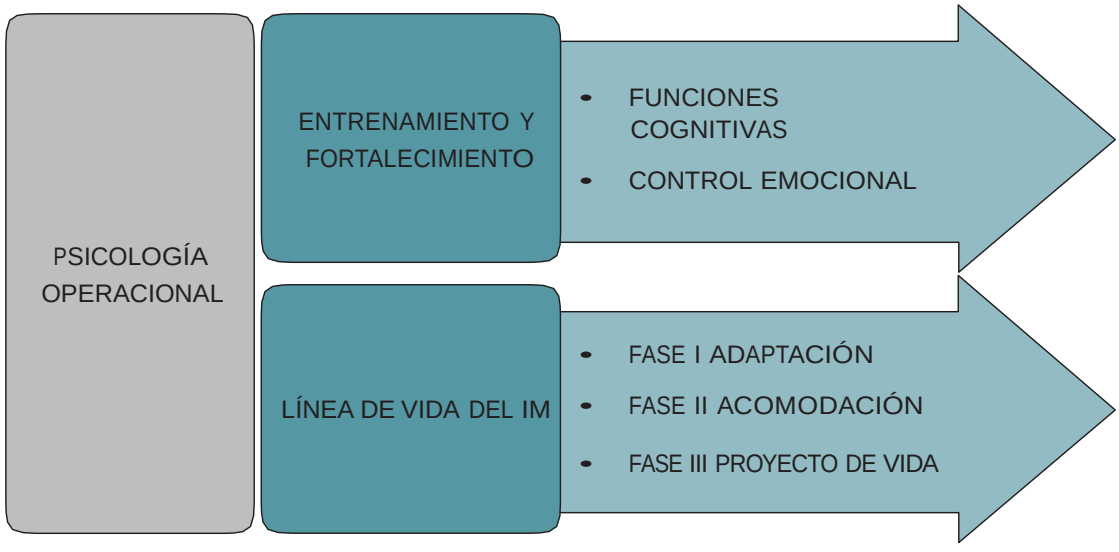


Figura 11. Ejes temáticos del subprograma de Psicología Operacional ARC 2011.
Fuente: Salud Mental ARC

A continuación, se describe los elementos básicos:

2.2.2.1. Destrezas y habilidades cognitivas del militar

El psicólogo inicia la evaluación psicológica con la identificación de la población, incluyendo aspectos como rasgos de personalidad y funciones superiores presentes en el combatiente. Es necesario documentarse respecto a las funciones ejercidas por el militar en la especialidad y las características propias de su actividad, de tal manera que al finalizar esta evaluación permita identificar los hombres con perfiles potencialmente más idóneos para continuar con el siguiente paso del entrenamiento mental. El siguiente cuadro es una guía básica para el trabajo de los psicólogos en esta área:

ASPECTOS	FACTORES	GRADOS					OBSERVACIONES	% DEL ASPECTO
		0	1	2	3	4		
PROCESOS MENTALES	Atención							
	Comprensión							
	Memoria							
	Velocidad de pensamiento							
	Comprensión verbal							
	Fluidez verbal							
	Aptitud numérica							
	Razonamiento mecánico							
	Razonamiento visuo-espacial							
	Proceso de análisis							
	Resolución de problemas							
	Planeación							
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	Equilibrio emocional							
	Subordinación							
	Desenvolvimiento y apertura social							
	Conciencia grupal							
	Responsabilidad							
	Flexibilidad							
	Potencial de liderazgo							
	Aceptación de riesgos							
	Concentración							
	Autonomía							
	Autoconservación							
	Tolerancia al estrés							
	Asertividad							
	Trabajo bajo presión							
	Creatividad							
SENSOPERCEPCIÓN	Visión							
	Percepción del color							
	Percepción de la forma							
	Percepción de tamaño							
	Orientación espacial							
	Audición							
	Ubicación de la fuente sonora							
	Discriminación auditiva							
	Estereognosia							
	Barognosia							
	Percepción y sentido kinético							
	Olfato							

MOTRICIDAD GRUESA	Desplazamiento							
	Transportar peso							
	Alcanzar							
	Halar							
	Empujar							
	Levantar							
	Posición sentado							
	Posición de pie							
	Posición de rodillas							
	Agacharse							
	Equilibrio estático							
MOTRICIDAD FINA	Agarres							
	Exactitud							
	Agilidad							
	Armonía							
CONOCIMIENTOS ACADÉMICOS	Específicos							
	Generales							
CONDICIONES DEL AMBIENTE ORGANIZACIONAL Y SOCIAL	Jornada							
	Periodos de descanso							
	Adaptación							
RESPONSABILIDAD	Herramientas y equipos							
	Materiales y productos							
	Información y valores							
	Trabajo de otros							
	Seguridad de otros							

Tabla 20. Guía básica para la caracterización del perfil del combatiente ARC 2011.

$$\%\ \text{DEL ASPECTO} = \frac{\text{Sumatoria de grados obtenidos en cada aspecto X 100}}{\text{Total de factores del aspecto x 4}}$$

Perfil cognoscitivo

Se elabora teniendo en cuenta la aplicación de pruebas que arrojen datos estadísticos generales y básicos (medidas de tendencia central) que permitan evaluar las características mínimas requeridas para el desarrollo de su misión que conlleve al éxito operacional.

Sujeto	Prueba 1 WAIS III (Subpruebas)		Prueba 2 Figura de Rey-Osterrieth (Copia y Evocación		Prueba 3 Test de Stroop
1					
2					
MEDIANA N+1/2					
MEDIA $x=\sum x/N$					

Tabla 21. Guía de hojas de datos para consignación de las puntuaciones de pruebas aplicadas.
Fuente: Salud Mental ARC

Es importante evaluar procesos superiores como atención, memoria, lenguaje y función ejecutiva, que permiten detectar en el militar las habilidades y destrezas cognitivas requeridas.

El programa de entrenamiento mental en la fase cognitiva genera la identificación de una línea base (Tabla 20) producto de la evaluación de funciones superiores que permitan evidenciar el desempeño cognoscitivo

en cada función y así determine los aspectos que requieren ser fortalecidos para su ejercicio profesional. Es importante recordar que la aplicación para el perfil inicial debe ser en aquellos destacados en su labor militar, instructores, cuadros, alumnos; de este personal, debe obtenerse la medida mínima de exigencia. A continuación se enumeran algunas pruebas que pueden ser utilizadas:

Pruebas psicológicas y neuropsicológicas aplicables para evaluación cognoscitiva

ÁMBITO COGNOSCITIVO	PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA O PSICOLÓGICA
Atención y concentración	Retención de dígitos (digit span), Test de trazos A (Trail Making Test A), Toulousse-Pieron, D2
Lenguaje	FAS semántico y fonológico
Memoria y aprendizaje	Weschler Memory Scale, Curva de memoria de Ardila, MAI, My Test de Memorias
Lectura y escritura	Subtest de comprensión y vocabulario del WAIS III.
Ejecución y control	Wisconsin Card Sorting Test, Cambios, Test de trazos B y Test de Stroop.
Capacidad y destreza motora	Figura Compleja de Rey-Osterrieth
Razonamiento y abstracción	WAIS III
Personalidad	MMPI 1, Cuestionario de California, STAI

Tabla 22. Fuente Salud Mental ARC

Atención: consiste en focalizar selectivamente la conciencia, filtrando y desechando información no deseada; es un proceso desde diversos mecanismos neuronales que maneja la fluidez de la información sensorial y trabaja para resolver la competencia entre los estímulos para su procesamiento en paralelo, temporizando de esta manera, las respuestas apropiadas y permitiendo el control de la conducta. Este ingreso de información desde lo interno y externo del individuo permite procesos diferentes de atención; Posner (1976)[82] considera que los sistemas atencionales permiten anticipar la respuesta a un evento futuro, previniendo los esquemas o respuestas más apropiadas a la tarea que se va a desempeñar según el conocimiento que se tiene de la misma; de ahí la importancia de evaluar en el combatiente su nivel atencional acorde con su objetivo actual como también la atención sostenida, dividida, selectiva y la complejidad del proceso de alertamiento o arousal.

En el proceso de entrenamiento sumado a la evaluación de los diferentes tipos de atención, se requiere establecer protocolos de estimulación donde se incluyan aspectos de cancelación, repetición, datos superpuestos, búsqueda o rastreo, recorridos, plantillas acordes siempre al terreno o escenario de trabajo del militar a entrenar; p. ej., si el entrenamiento se realiza con el personal de desminado, es importante evaluar la atención a detalles (evaluación y estimulación del arousal, atención sostenida, selectiva) que el militar tiene y su entrenamiento debe ser dirigido a potencializarla.

Memoria: Sohlberg y Mateer (1989)[83] consideran que la memoria es uno de los aspectos más importantes del ser humano, refleja las experiencias pasadas permitiendo la adaptación a las situaciones presentes y guiar hacia el futuro; las diferentes etapas de la memoria son importantes para el levantamiento de la línea base del entrenamiento y para el desarrollo del mismo.

La memoria presenta etapas o fases que permite el recuerdo y la información:

a) Fase de retención o registro, en la cual el individuo recibe la información.

82 Posner, M. Cronometric explorations of mind. Hillsdat, N.J.: Lawrence Enbaum Associates. 1976

83 Sohlbern y Mateer. Introducción a la rehabilitación cognitiva. Nueva York: Guilford. 1989

b) Fase de almacenamiento o conservación de la información.

c) Fase de evocación o recuperación de la huella de memoria.

Los modelos de memoria refieren dos tipos generales:

- Memoria sensorial, inmediata, primaria, de trabajo o corto plazo
- Memoria a largo plazo dividida en:

  - Explícita o declarativa: que a su vez presenta divisiones en semántica, episódica y autobiográfica.

  - Implícita o no declarativa: con las subdivisiones en priming, condicionamiento y procedimiento.

En el marco de entrenamiento en memoria es importante establecer dos puntos; el primero es que la tarea debe tener un aspecto de aprendizaje y el segundo, optimizar el proceso amnésico que permita la adecuada evocación de la información necesaria para el militar. Dentro de las estrategias utilizadas están actividades de apareamiento, reconocimiento con claves semánticas, memoria lógica, categorización, reconocimiento visual; p. ej. si el entrenamiento a realizar es al personal que realiza patrullaje urbano, es importante entrenar memoria en reconocimiento de rostros, donde se aparea el estímulo con la información buscada y almacenada en un aprendizaje previo (subprocesos entrenados memoria visual inmediata y demorada, procesamiento de rostros, expresión y descripción oral).

Función ejecutiva: Lezak[84], la define como la capacidad cognitiva esencial para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptable socialmente. La formulación de metas, las facultades empleadas en la planificación de los procesos, las estrategias para lograr los objetivos y las aptitudes para realizar esas actividades de una forma eficaz deben ser entrenadas en el personal militar para el desarrollo de la misión; ejercicios como ordenamiento de las acciones o secuenciación, interferencia, ordenar listas, razonamiento sobre diferencias, razonamiento sobre secuencias, abstracción verbal, razonamiento visual, son estrategias de estimulación; p. ej., si el grupo a entrenar es personal de inteligencia, es importante el entrenamiento en interferencia generando procesamientos ejecutivos y evitando el desarrollo de automatismos. En el proceso de interferencia se encuentra el subproceso de control inhibitorio, atención selectiva, memoria de trabajo, episódica.

Otras habilidades: es importante considerar también las evaluaciones en habilidades construccionales, visuoespaciales, praxias, la generalidad de las gnosias, el lenguaje y el pensamiento, que permitan generar una visión integral del militar.

2.2.2.2. Entrenamiento y fortalecimiento del control emocional

El concepto básico del control emocional está referido a la autorregulación, el cual se refiere a los intentos que hace el individuo para influenciar sus emociones, respecto al cuándo y cómo se experimentan y se expresan. Tales esfuerzos pueden ser automáticos o controlados y conscientes, e implican tanto emociones positivas como negativas.

Para el entrenamiento en autorregulación emocional, se debe trabajar en protocolos de entrenamiento básicos, aspectos que apoyan la preparación que el militar debe tener para enfrentar los diferentes teatros de operaciones y sus desafíos.

El programa de entrenamiento mental tiene como finalidad potenciar las habilidades cognoscitivas, psicológicas y emocionales de los combatientes; la complementariedad se da al identificar las habilidades básicas, de liderazgo, de estrategia y combate mediante el proceso de entrenamiento militar, unido con la aplicabilidad de la psicología en el ámbito operacional.

El afrontamiento es un concepto definido en sus inicios por Lazarus y Folkman[85] quienes consideran que son "los esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes para manejar las demandas externas o internas apreciadas como excedentes o que

84 Lezak M. The problem of assessing executive functions. International Journal of Psychology, 17, 281 – 297. 1983

85 Lazarus y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. 1986.

desbordan los recursos del individuo"; a lo anterior, Castellar y Fernández, (2008) consideran que es importante variar parte del concepto donde "el afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y comportamentales cambiantes para reducir el estado de activación mantenida del sistema defensivo del organismo".

En el proceso mismo de autorregulación se debe evaluar cinco aspectos:

1. **Selección de la situación: ¿enfrento o evito?** Se refiere a tomar acciones que faciliten la probabilidad o no de terminar en una situación de la cual se espera obtener emociones deseables o indeseables; es decir, si se sabe que una situación va a ser desfavorable y, por lo tanto, generará una reacción negativa como el enojo, existe la opción de evitar esa situación en la medida de lo posible.
2. **Modificación de la situación: ¿cómo respondo?** Se establece el proceso en el que se generan los esfuerzos que el individuo hace para modificar directamente la situación o alterar su impacto y que constituyen una forma potente de regulación emocional. Esta modificación puede ser interna (al efectuar un cambio cognoscitivo) o externa (al cambiar los ambientes físicos).
3. **Despliegue de la atención: cuando no puedo modificar la situación**. Surge cuando no se ha logrado modificar una situación y el individuo se ve obligado a generar conductas de evitación. Generalmente, se utilizan dos estrategias:
   Distracción: el individuo enfoca su atención en diferentes aspectos de la situación o la dirige lejos de la situación al mismo tiempo. La distracción involucra cambiar el foco interno, tal como cuando los individuos invocan pensamientos o recuerdos que son inconscientes con el estado emocional indeseable. Es decir, si ya se ha reconocido el estímulo causante de la emoción, como alguna situación que cause enojo, existe la opción de cambiar la atención a otro aspecto de la situación que sea menos nocivo.
   Concentración: cuando la atención se dirige hacia las características de una situación, los sentimientos y sus consecuencias (rumiación).
4. **Cambio cognoscitivo:** un proceso de la incompetencia consciente a la competencia consciente. Implica cambiar la forma en que se aprecia una determinada situación, alterando su importancia, ya sea modificando la forma de pensar o sometiendo a una valoración la capacidad del individuo de manejar las demandas que posee. Una respuesta emocional no es la conclusión; la emoción requiere que los individuos hagan una evaluación de su capacidad para manejar la situación.
5. **Modulación de la respuesta: la decisión de llegar al cambio.** Se refiere a influir en las respuestas fisiológicas, experiencias o conductas tan directamente como sea posible. Después del cambio cognoscitivo el sujeto es consciente de su proceso emocional y busca responder de forma más asertiva a situaciones emocionales; una forma común de modulación de la respuesta involucra la regulación de la conducta expresiva buscando que sea ajustada al medio cultural en el cual se está presentando; de tal forma que hay conductas que tienen que ser moduladas en ciertos contextos con la finalidad de mostrar mayor adaptación, mientras que en otras ocasiones, esas mismas conductas pueden ayudar a cumplir ciertas metas. Ejemplos de algunas buenas medidas para mejorar las respuestas con procesos son el ejercicio y la práctica de la relajación.

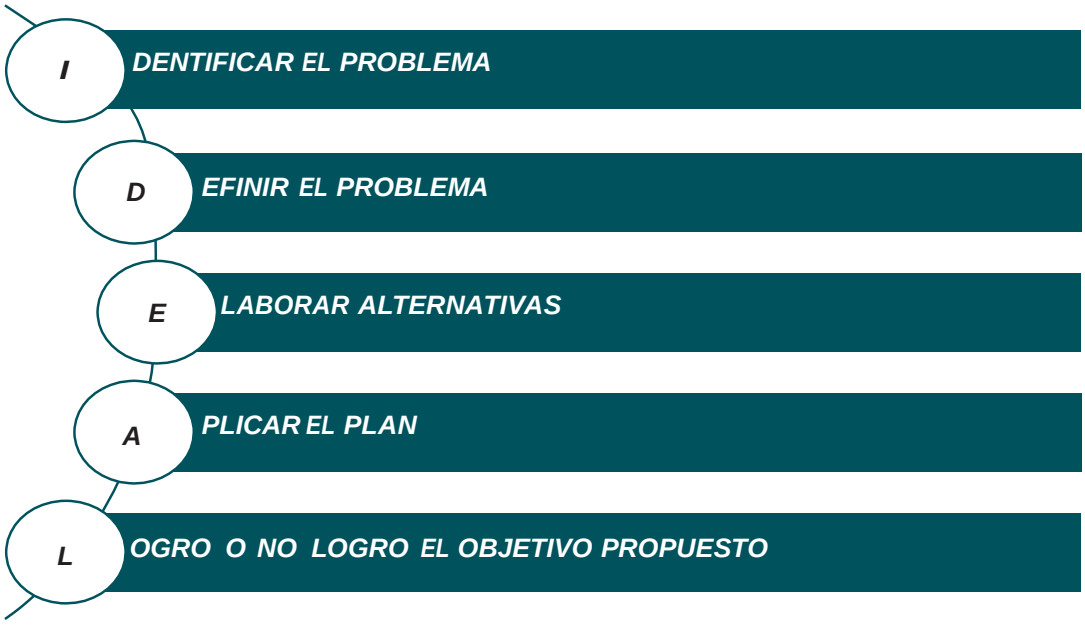
Una forma de evaluar el proceso de autorregulación emocional, y elaborar protocolos de entrenamiento consiste en desarrollar, mantener y fortalecer la conciencia situacional; la cual es definida por Endsley[86] "como la percepción de los elementos en el entorno existentes en un volumen de tiempo y espacio, la compresión de su significado y la proyección de su estatus en el futuro cercano", y permite tomar decisiones apropiadas y efectivas; Linares (2011) considera que la conciencia situacional potencia la adquisi-

86 Endsley, M, Garland, D. Situation awareness: analysis and measurement. 2000.

ción, la representación, la interpretación y la utilización de cualquier información (interna y externa al individuo) relevante con el objeto de dar sentido a los eventos que ocurren, anticipar a los acontecimientos futuros, tomar decisiones inteligentes y mantener el control; la autorregulación permite al individuo-militar autodeterminarse en el contexto donde se encuentre.

2.2.2.3. Entrenamiento y fortalecimiento en solución de problemas

Muñoz y Tirapu[87] agrupan la solución de problemas desde el acrónimo IDEAL, así:



D´Zurilla y Goldfried (1972)[88] y D´Zurilla y Nezu (1982) proponen cinco pasos en la resolución de problemas:

1. Identificación del problema: reacciones emocionales negativas que causa una respuesta inadecuada a una situación.
2. Análisis a la respuesta habitual: quien, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué sucede.
3. Búsqueda de alternativas: generar ideas para alcanzar un objetivo.
4. Análisis de consecuencias de cada alternativa: seleccionar para cada objetivo las mejores alternativas mediante análisis y evaluación de las consecuencias
5. Puesta en práctica y evaluación de los resultados: es un plan de acción de cada alternativa dada, evaluando los resultados de acuerdo a ese plan.

2.2.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales

Es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen (Linehan, 1984)[89]:

- La influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos)
- Las ganancias, y minimizar las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación)
- La propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo)

Autores como Trower, Bryant y Argyle (1978)[89] consideran que una persona es socialmente inadecuada si es incapaz de afectar la conducta y los sentimientos de los demás en la forma en que lo intenta y la sociedad lo acepta.

88 Citado por Caballo, Manuel. 2008. Manual de técnicas de terapia.

87 Muñoz y Tirapu. Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. Revista Neurológica 41. 177-86. 2005

89 Citados por Caballo. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid. Siglo XXI. 1993

2.2.3. Entrenamiento psicológico militar

Considerando que la salud operacional integra las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las de salud especializada, que tienen por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, se hace imprescindible enfocar acciones para el fortalecimiento de la salud mental.

Siendo el entrenamiento y la instrucción militar el punto de partida de la formación y capacitación castrense en búsqueda de objetivos institucionales, la preparación psicológica cobra un valor preponderante y su injerencia resulta valiosa y productiva, toda vez que da cuenta de procesos psicológicos inmersos en el entrenamiento militar, adaptación y desarrollo propiamente dicho de las operaciones militares. Es así como la teoría permite afirmar que de la intensidad y del realismo del entrenamiento, depende que se fortalezcan y se adquieran habilidades y destrezas necesarias del combatiente para asumir los retos y exigencias de la vida militar. Durante esta etapa se requiere supervisar el desempeño y ejecución, al considerar que será aquí el punto más cercano con la realidad que enfrentarán, se obtendrá un panorama de la respuesta adaptativa o no, que desplegará en el campo de combate.

El entrenamiento militar debe soportarse bajo su máximo esfuerzo, capacitación y proyección a futuro, para que el militar esté en la capacidad de enfrentar los retos y exigencias propias de su rol. De acuerdo con McNab (2002), el entrenamiento para el combate debe ser lo más realista posible. El entrenamiento militar en todos los niveles de preparación es útil, no solo para desarrollar habilidades, sino también para recordarlas. El objetivo del área de salud mental en cada una de las Fuerzas corresponde a "construir" una capacidad mental resistente del soldado y probarla para trabajar en ambientes bajo presión, es contar y apoyar en la formación de una hardiness o personalidad resiliente (Kobasa y Maddi, 1972).

Es absolutamente indispensable en los procesos de entrenamiento y reentrenamiento que ejecutan las Fuerzas, tener claridad que entre más fuerte sea el entrenamiento, se desarrollará más fortaleza mental y aumentarán las probabilidades de emitir conductas adaptativas y funcionales; por ende, se esperaría disminuir la posibilidad de desencadenar reacciones desadaptativas.

Se espera que el entrenamiento dé como resultado una serie de condiciones y habilidades indispensables, que posibiliten un desempeño eficiente, capacidad de fortaleza y resiliencia mental suficiente para adaptarse a los cambios y exigencias del medio militar. Según McNab (2002), las principales características personales resultantes del entrenamiento serán:

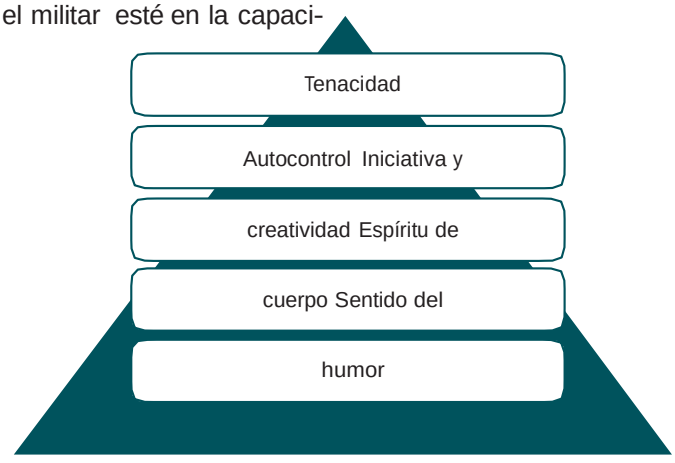


Figura 12. Fuente: Técnicas de Resistencia, McNab 2002.

La personalidad resiliente actúa a través de algunas vías:

- Modificación de percepciones sobre el estímulo estresante, planteando este como positivo y controlable.
- Inducción a un estilo de afrontamiento (coping transformacional), que modere los efectos del estímulo estresante generando estrategias adaptativas e inhibiendo las no adaptativas.
- Afectación de las estrategias de afrontamiento a través del apoyo social.
- Favorecimiento de cambios de estilos de vida saludables.

Estos cambios son el resultado cambiante de la relación individuo-medio, aspecto que se potencializa no solo con una base genética sino, en el medio militar, con un entrenamiento mental y físico que permita la percepción de control y que ha sido expuesto en el apartado de entrenamiento mental por fases.

El entrenamiento psicológico fomenta en el personal actitudes resilientes conducentes a mejorar el nivel de respuesta adaptativa ante las situaciones estresantes, brindando un marco de posibilidades ante la adversidad.

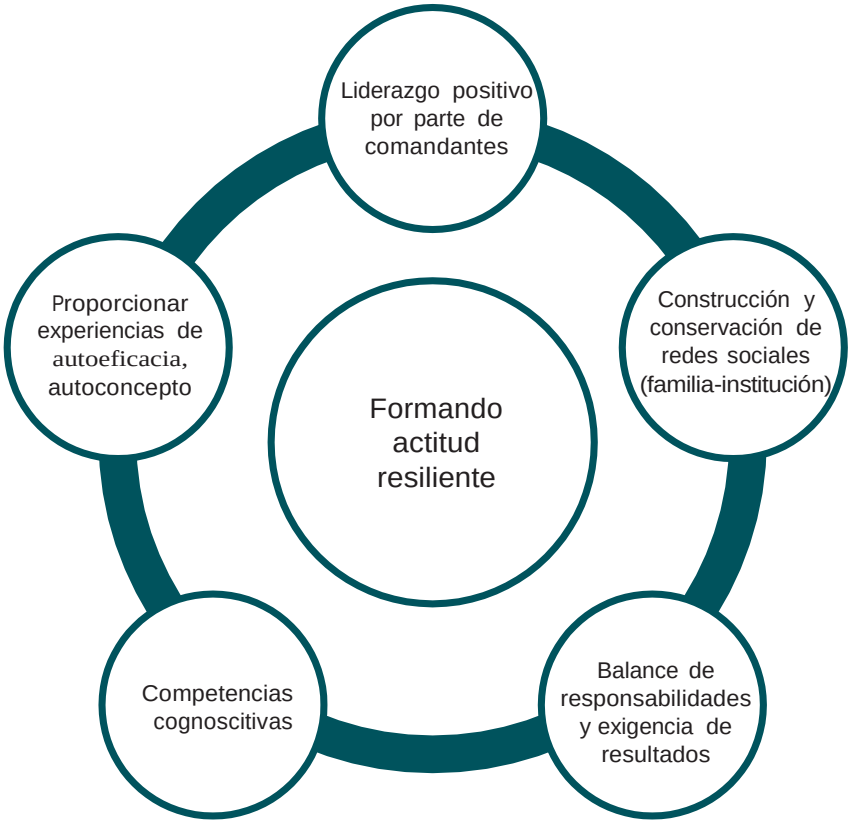


Figura 13. Actitudes Resilientes

La respuesta esperada del entrenamiento psicológico para enfrentar situaciones estresantes se enmarca:

- Estimular la capacidad de pensar bajo presión: inducir para que en el mismo momento de la crisis, se piense lo que va a hacer, bajo la premisa que la presencia de la idea de futuro hace más soportable el dolor.
- Capacidad de análisis orientado a la formulación de una explicación de lo que pasó: articular situaciones, imágenes, sentimientos y representaciones en una secuencia que permita darle coherencia a los acontecimientos.
- Necesidad de establecer y/o fortalecer vínculos afectivos especiales con una o

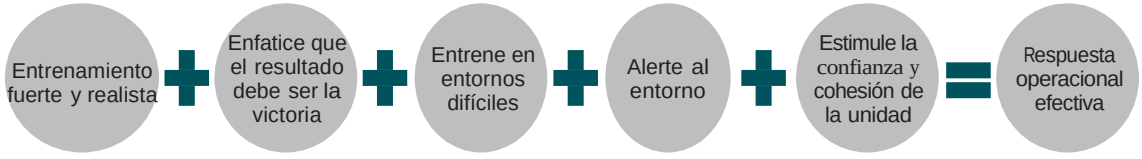
varias personas que le permita o permitieron en el pasado fortalecer su autoestima y su confianza.

- Entrenamiento en técnicas de meditación basadas en la respiración: permite al ritmo cardíaco descender la presión sanguínea; esto reduce los síntomas físicos de la ansiedad, que lleva a la sensación de estabilidad y tranquilidad, respiración y relajación.
- Los comandantes, como líderes, ejercen un papel fundamental en el manejo de las situaciones de estrés y su correspondiente control, siendo los agentes que movilizan o paralizan en un momento determinado las respuestas y comportamientos de los hombres que comandan, marcando la diferencia de la victoria o la derrota a través de sus acciones, su ejemplo y sus decisiones, por ello es imprescindible su acción coordinada en el manejo de factores de riesgo.
- A continuación, se describe una serie de factores de riesgo y las acciones a tomar para minimizar el impacto y favorecer el restablecimiento de la funcionalidad de la unidad militar (Tomado de: Presentación Comando Sur, EE.UU (2002) y Chris McNab (2002))

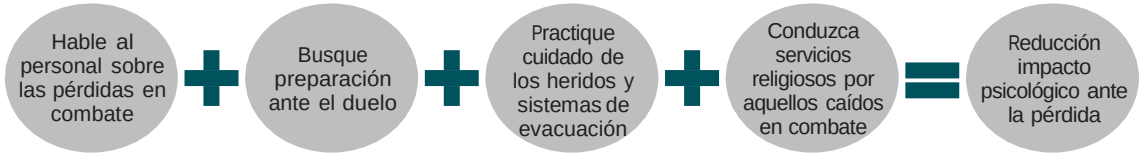
Factor de riesgo: soldado recién incorporado



Factor de riesgo: primera experiencia de combate



Factor Riesgo: heridos y muertos en combate



Factor riesgo: baja actitud combativa



Factor Riesgo: bajo nivel de liderazgo operacional

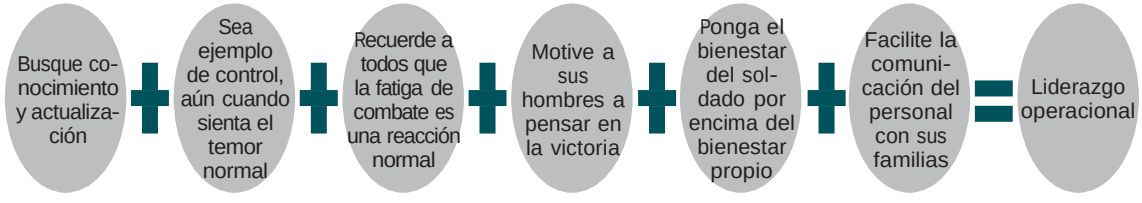


Figura 14. Restablecimiento de la funcionalidad de la unidad militar

3. PREVENCIÓN ESTRÉS DE COMBATE

De acuerdo con la definición planteada por Rojas (1994) y citada por la Revista Cubana de Medicina Militar 2001, el estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente, que se prolonga más allá de las propias fuerzas del individuo y lo lleva a un sobreesfuerzo emocional e intelectual, que sobrepasa sus propias posibilidades, y le ocasiona como consecuencia, una hiperactividad incontenible, que desencadena una serie muy compleja de modificaciones bioquímicas y un cortejo sintomático precedido por excitación cardíaca, aumento del tono muscular y trastornos gastrointestinales difusos.

Se ha planteado que para que un estímulo provoque la reacción de estrés, este debe ser percibido como una amenaza; pero esta percepción depende de la naturaleza e intensidad del estímulo, novedad, experiencia previa, grado de estructuración, compromiso para el sujeto, expectativas, valores de juegos y características de la personalidad.

Una lógica consecuencia es reconocer que el estrés de guerra se produce por las circunstancias ambientales propias del contexto militar. Diferentes estudios han comprobado que muchas de las reacciones que se presentan como sensación de tensión, espasmos, temblores, palpitaciones, diarreas, poliuria, eran un cortejo sintomático, expresión de la ansiedad producto del agotamiento y la excitación, reacciones que en la vida civil pudieran ser interpretadas como anormales, pero que no constituyen de ningún modo incapacidad para el combate y se consideran reacciones propias de la guerra. Mc Nab (2002).

Antes de experimentar una situación de combate, los soldados recién incorporados tendrán una apreciación racional de los peligros a los que se van a exponer, después su actitud cambia. Las experiencias vividas les desencadenan sentimientos de “aprehensión y fantasías” de muerte o daños físicos. Después del combate son observables diversos patrones de conducta, como fatiga física, apatía y escasa reactividad a los estímulos; como variante se puede apreciar irritabilidad o a veces euforia moderada e hiperactividad con locuacidad excesiva.

En general, todas estas reacciones son más frecuentes cuando no existe una adecuada actividad y el soldado permanece pasivo ante el estrés del combate. Toda esta sintomatología se incrementa cuando hay una pobre identificación grupal, cuando no se evidencian objetivos claros y existe una actitud paternalista del mando que cronifica la enfermedad, haciendo lento el retorno del soldado a sus funciones. Por el contrario, en algunos soldados el sentimiento grupal y la conciencia de grupo son suficientemente fuertes como para revitalizar sus defensas psicológicas.

Según McNab(2002) en el área de operaciones, el combate no es la única fuente de estrés; existen diversas y es preciso que el personal de comandantes las identifique y tenga el conocimiento y manejo de las mismas según su alcance y poder resolutivo. La causa más frecuente de estrés crónico dentro del teatro de operaciones está relacionado con las condiciones del área, vida y exigencias operacionales; días largos de servicio, operaciones en climas extremos, falta de sueño, hacinamiento, pérdida de contacto con el hogar y la familia, presencia de enfermedades y problemas viejos en el hogar. La ruptura natural del ritmo del sueño, particularmente entre las dos y las seis de la madrugada, cuando el sueño es más profundo, afecta significativamente la habilidad del soldado para pensar y operar. Estar despierto más de 48 horas continuas puede afectar la capacidad de funcionamiento, incluso pueden sucederse alucinaciones sonoras y visuales, y afectarse el proceso de toma de decisiones e incrementar la susceptibilidad al miedo y a la ansiedad.

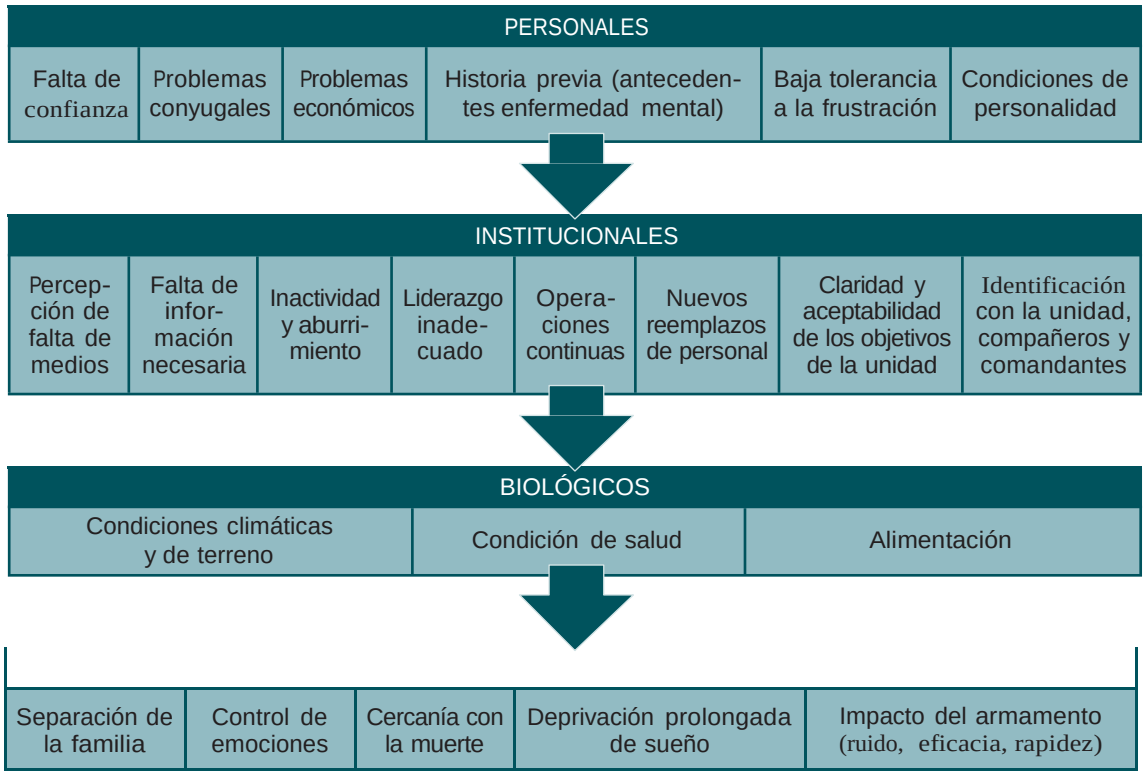


Figura 15. Modelo McNab de las fases de estrés en combate

El conocimiento de las consecuencias y síntomas de estrés de combate, permite a comandantes identificar previamente los problemas de los soldados y buscar asesoría en técnicas para el manejo del estrés, enfatizando siempre en el cumplimiento del deber.

El proceso de psicoeducación sobre síntomas, reacciones, alternativas de respuesta y autocontrol emocional, permite a los soldados conocer qué pasa y qué pueden hacer y esperar, brindando además estrategias de manejo y normalización de síntomas, dando paso a fortalecer habilidades para reaccionar y recuperarse ante las adversidades.

En este proceso resulta relevante explorar los factores protectores presentes en el soldado, toda vez que inciden en su desarrollo, especialmente el vínculo afectivo con personas significativas desde temprana edad, ya sea su madre u otro adulto con el cual haya podido relacionarse de manera cálida y estable. Identificar figuras de amparo proporciona un vínculo estable, permite que las personas afronten sus crisis inesperadas e imprevisibles.

Considerando las exigencias físicas y mentales del ambiente militar y la presencia de estresores particulares, se presenta la necesidad de crear estrategias de detección, intervención primaria y acertada referencia, de forma que facilite una atención oportuna a los síntomas de estrés de combate —normal en ambiente militar— además de evaluar apropiadamente y diferenciar el Trastorno de Estrés Agudo y el trastorno de Estrés Postraumático (TEPT); igualmente, identificar factores de riesgo que hacen más vulnerables a las víctimas de situaciones traumáticas para desarrollar TEPT, y de esta manera estar más atentos a prestar asesoría psicológica a aquellos individuos que son más propensos a desarrollar cuadros postrauma.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) implica haber sido víctima directa o indirecta de un evento traumático que incluye un elemento de amenaza a la integridad física, posibilidad de muerte o daño severo. En consecuencia, la persona reacciona con miedo intenso y horror. Los efectos del estrés pos-

traumático abarcan una amplia gama de respuestas a diferentes niveles, por ejemplo, reexperimentación del trauma, evitación de recuerdos, personas y lugares asociados al evento traumático, entumecimiento emocional y síntomas de elevada activación fisiológica; generalmente, acompañados por otros desórdenes psicológicos (ansiedad, trastorno de pánico, depresión, abuso de sustancias, etcétera).

Por su parte, el trastorno por estrés agudo se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

La literatura ha demostrado que en situaciones traumáticas se presentan reacciones a corto plazo como episodios de ira, temor, muerte, victimizaciones futuras, tristeza y depresión. Otras reacciones incluyen dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza, problemas digestivos, llanto incontrolable, agitación, incremento de abuso de alcohol y drogas, y problemas interpersonales. Estas reacciones pueden superarse si las víctimas reciben una pronta y adecuada psicoeducación y entrenamiento en habilidades conductuales y cognoscitivas. La participación del equipo de salud mental en los polígonos de entrenamiento, es hoy una necesidad en las maniobras y también en la vida de la unidad militar.

Estudios del comportamiento humano en ambientes militares y operacionales especifican acciones para cumplir los objetivos de la salud operacional en las Fuerzas Militares, especialmente el de mantener la aptitud psicofísica y retornar recuperado al combatiente al área de operaciones en un tiempo prudencial, para que este se pueda desempeñar con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza.

Cuando se presenta el estrés de combate

Cuando aparece la reacción de estrés de combate, hay una serie de técnicas recomendadas que pretenden frenar la progresión de los síntomas y minimizar el nivel de daño, hasta llevarlo a la normalidad (McNab, 2002). En primer lugar, se destaca la oportunidad de exteriorizar su ansiedad sin ser juzgado; aquí el apoyo de su lanza o compañero es vital, escuchándolo y animándolo a desahogarse, obteniendo como ganancia adicional la de no sentirse solo.

Lo anterior, reduce los efectos traumáticos que puedan producir las situaciones altamente estresantes. Es importante reintegrar al soldado en su contexto social lo antes posible, guiarlo para que retome personalmente la solución de sus problemas, sin aislarlo, tildarlo de enfermo o tratarlo como víctima. La misión del terapeuta es conservar en el paciente pensamientos, creencias, actitudes, atribuciones, comportamientos y sentimientos que han sido adaptativos antes del evento traumático. Hay que intentar que se recupere o desarrolle la sensación de control, ayudarle a tomar decisiones y a que se motive a realizar conductas adaptativas.

En estrés de combate se recomienda:

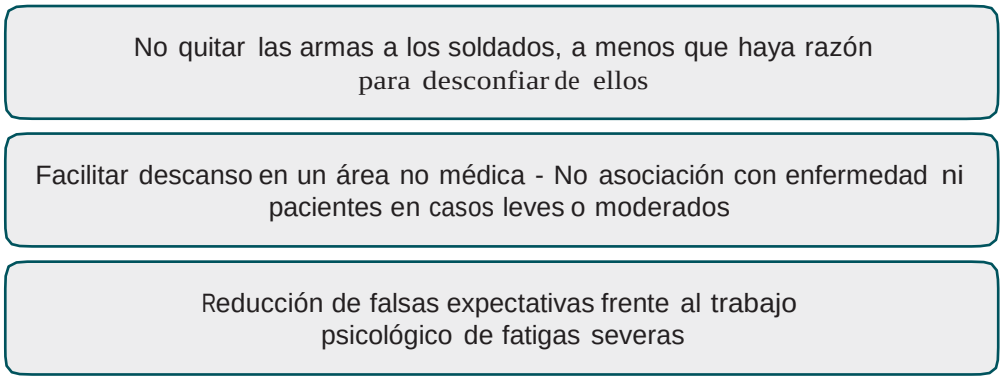


Figura 16. Recomendaciones frente al estrés de combate

4. MANEJO POSTSITUACIÓN CRÍTICA

Dentro de las experiencias propias del combatiente, están las diferentes situaciones críticas que pueden generar de acuerdo a la psicología del trauma, una premisa donde el miedo se imprime en la memoria de una red neuronal organizada (Lang, 1985); esta huella en la memoria emocional del soldado puede ser el predisponente para un desempeño inadecuado, la generación de una patología mental o su disminución en la motivación del combate. Es claro que el ser humano genera evitación de aquello que puede ser nocivo, es propio del instinto de supervivencia, por tal razón, es importante apoyar al combatiente a superar ese instinto y animarlo al combate, sabiendo que su entrenamiento y destreza lo apoyan; este temor puede verse aumentado, más aún, con una experiencia traumática anterior, de allí la necesidad de fortalecerle a través de un modelo de prevención que permita disminuir, racionalizar y estabilizar el miedo, resignificarlo como una estrategia de motivación para volver al área de operaciones:

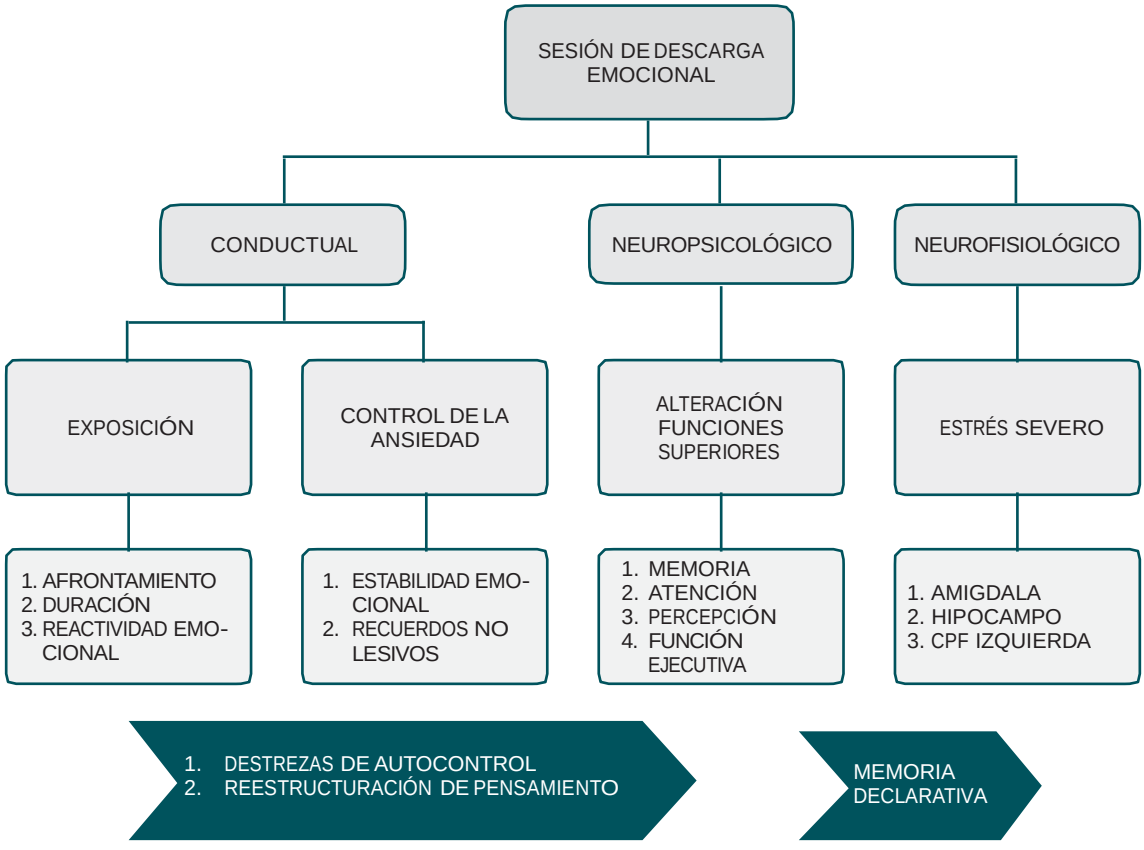


Figura 17. Modelo conceptual ARC sobre la sesión de descarga emocional (Debriefing)
Fuente Área Salud Mental ARC, modelo construido CFASPS, Ruth Sarmiento (2004).

El modelo es contextualizado a diferentes situaciones que sean consideradas nocivas, su aplicación está dirigida a la resignificación del evento en forma grupal, que permita crear una única versión emocional a nivel del grupo y facilite lecciones aprendidas, generando espacios de descarga y con la presencia obligatoria de cierres, así como lograr la principal premisa que es fortalecer al combatiente para que regrese a los diferentes escenarios de la guerra.

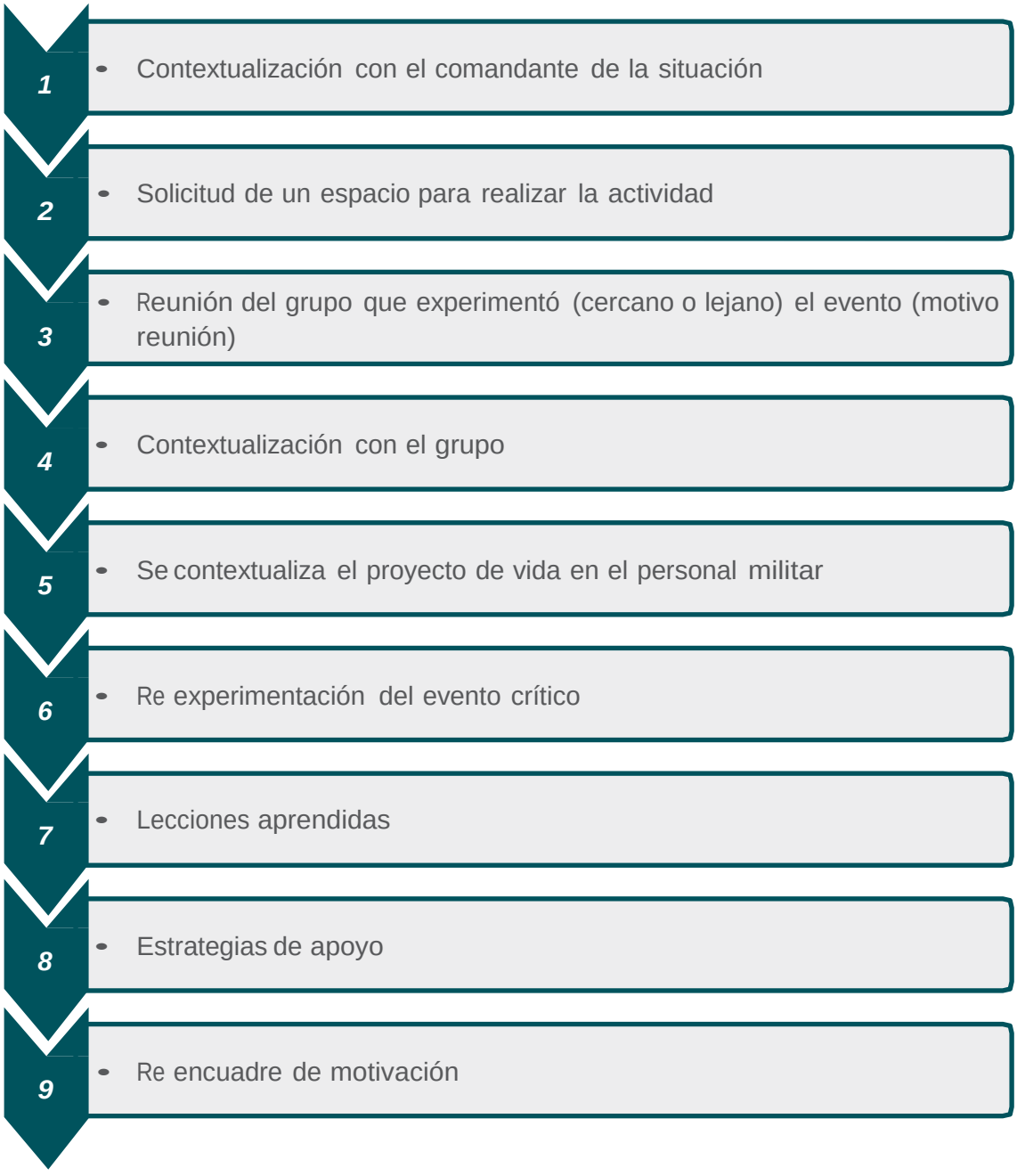


Figura 18. Esquema general del manejo post situación crítica ARC
Fuente: Área Salud Mental ARC.

En el esquema explicativo, es importante establecer inicialmente el área de seguridad para el grupo que experimentó el evento crítico; el suministro de ropa limpia, comida caliente, y un lugar seguro, permite a los combatientes la disminución de su alerta y alistamiento así como generar que la actividad se desarrolle de forma calmada y sin sobresaltos. De igual manera, se debe prever un espacio lo suficientemente grande que permita abordar a todo el grupo; la presencia de los comandantes y cuadros, si fueron parte de la experiencia, y contar con papel o cartulina y marcadores suficientes.

MANEJO POSTSITUACIÓN CRÍTICA	
Paso	Actividad
	Objetivo: Aceptar la pérdida y/o la experiencia vivida.
1	**Contextualización del Comandante de la situación:** es importante que se realice un abordaje psicoeducativo al comandante, aclarando la necesidad de la prevención y la resignificación de un evento crítico, considerado nocivo; la participación de los cuadros está relacionada con la participación en la experiencia.
2	**Solicitud de un espacio para la realización de la actividad:** se debe solicitar el espacio y el tiempo necesario, evitando las distracciones e interrupciones de parte del resto de la unidad.
3	**Conocimiento del motivo de la reunión en el personal de cuadros:** es indispensable ser claro en cuál es el motivo de la reunión y lo que se espera de ella; que los cuadros conozcan lo que se va a realizar permite generar enganches terapéuticos y formar multiplicadores para la observación y seguimiento.
4	**Contextualización con el grupo:** es presentar un paso dirigido a la psicoeducación, lo que se espera de la actividad, los objetivos de ella y, sobre todo, el motivo que lleva a realizarla.
5	**Contextualización el proyecto de vida en el personal militar:** permite la evaluación inicial del objetivo de vida en el ámbito militar, a lo que se enfrentan, lo especial del servicio que prestan y sus expectativas dentro de las Fuerzas Militares.
	Objetivo: Experimentar las emociones vinculadas a la pérdida o a lo desencadenado emocionalmente por la experiencia vivida, potencializando la cohesión del grupo.
6	**Inicio de la re experimentación del evento crítico:** este paso es crítico y debe propender por un adecuado manejo y exigencia de parte del psicólogo para intervenir en crisis; observar conductas desadaptativas durante la sesión y lograr un adecuado manejo y direccionamiento para llevar al grupo al objetivo inicial. Este paso debe ser el de mayor duración, debe abordar a cada uno y permitir que todos hablen y participen en su desarrollo. Para tal fin, se permite la utilización de tableros, cartulina o papel periódico y varios marcadores, con el fin que cada participante pueda expresar mediante el dibujo, cuál fue su posición en el evento y que el esquema se construya de manera grupal. La actividad debe permitir el automonitoreo de las funciones superiores, verbalizando los hechos, estableciendo un tiempo y espacio, hallando una explicación de estos y atribuyendo unos significados que al construirse de manera grupal, el psicólogo debe dirigir hacia la experimentación de las emociones vinculadas a la pérdida vivida (muerte de compañeros, presencia de heridos, pérdida de la seguridad, entre otros). Al finalizar el paso, el psicólogo debe obtener del grupo, un esquema claro del evento, claridad de dónde y cómo estaba cada uno de ellos; una visión compartida del suceso y un cierre de la re-experimentación con el respectivo recorrido en funciones superiores y emocionalidad; para ello, se recomienda la lectura exhaustiva del protocolo de TEPT, de Edna Foa.
	Objetivo: Capacitarse para el desenvolvimiento en el mundo con la pérdida (es una visión de la reconstrucción grupal de la experiencia).
7	**Lecciones aprendidas:** una vez se termina el paso anterior, se debe trabajar en un proceso crítico-constructivo sobre la doctrina, las lecciones aprendidas, las conclusiones y enseñanzas que permitan capacitarse para desenvolverse en el mundo con la pérdida vivida; este paso debe potencializar al combatiente en la experiencia y su aprendizaje.
8	**Estrategias de apoyo:** las pérdidas que el grupo vivió deben tener un cierre emocional, que puede estar representado en rituales de despedida (hacia los compañeros que murieron) o simplificarlo con el paso anterior en caso que no se hayan presentado pérdidas; además, recordarle al combatiente sus fortalezas de vida (familia, amigos, profesión).
	Objetivo: Re colocar lo perdido de modo que no impida el investimiento afectivo a otras cosas en el futuro cercano permitiendo, así mismo, la resignificación.
9	**Re encuadre de automotivación:** el objetivo de la sesión de descarga pretende fortalecer a los combatientes para que regresen a los diferentes escenarios de guerra, con la claridad del deber. En este paso se da un significado grupal e individual del sentido de pertenencia; el espíritu de cuerpo, la misión institucional y los valores aunado a su proyección en la vida militar y su motivación en ella, permite resignificar la experiencia, y reasignar una nueva emoción que sea productiva. El grito de guerra de la unidad, de la especialidad o el que libremente hayan escogido los participantes, permite la categorización y reevaluación del evento, activando la corteza prefrontal así como recuperar parte de la energía robada por el sistema límbico en el momento del evento crítico, es decir, que el individuo, a través de un evento grupal con una comunalidad, asuma nuevamente el control emocional.

Tabla 23. Manejo Post Situación crítica

Es importante el seguimiento de los casos especiales de situaciones posteriores que el mismo grupo pueda experimentar y, de ser posible, la apertura de carpetas con la situación, los datos generales de quienes estuvieron en el evento, el levantamiento de información básica para el seguimiento del psicólogo y la aplicación del screening del protocolo de TEPT, de Edna Foa, aspecto que permitirá seguimiento en el tiempo y espacio, control del personal y la vivencia de eventos críticos que esa patrulla, contraguerrilla, compañía, escuadra, grupo especial, tripulación de buque o de aeronave hayan tenido.

Actualmente, este modelo, se encuentra implementado en las diferente experiencias críticas de un grupo o individuo en la Armada Nacional; aspectos como suicidios, combate, muerte fuera de combate, entre otros, y se complementa con la posibilidad de establecer el problema que se presenta en la unidad por medio de una formulación clínica Institucional.

5. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

La importancia de la implementación de servicios de atención inmediata en momentos de crisis no solo se derivan en parte, de que la efectividad de este aumenta de modo directo en función de su proximidad tanto al tiempo como al lugar del incidente (Ley de Hansel), sino también del hecho que se convierte en un episodio crítico, en el que pueden establecerse las bases necesarias para evitar el establecimiento de patrones disfuncionales y asegurar un cuidado inmediato de la víctima.

En las situaciones de crisis o duelo, como en las que se presentan en razón a la misionalidad de la Fuerza, muchas personas necesitan de una intervención urgente que les ofrezca los primeros auxilios psicológicos. En este sentido, la capacitación al personal para ofrecer ayuda inmediata a las personas afectadas cobra vital importancia en la prevención de la enfermedad mental.

Intervención en crisis

La Intervención en Crisis (IC) es el proceso que sirve para ayudar a una persona, familia o grupo, a aceptar un hecho traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimice y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximice.

Dentro de los objetivos iniciales más importantes para la intervención en crisis en duelo agudo están:

1. Conseguir que las personas afectadas se sientan seguras y protegidas. Es necesario buscar y organizar un espacio físico adecuado.
2. Evaluar las condiciones y necesidades de las personas. No olvidar que las personas pueden llegar a estar en un estado de confusión que les impida guiarse por sí mismos.
3. Referir a un profesional o personal apropiado en el manejo de estas situaciones (profesional en salud mental).

Una crisis es una reacción normal ante un evento natural. En este caso una crisis no es una enfermedad. No se está enfermo cuando se reacciona ante un evento profundo o violento que imponga una presión enorme. Las principales conductas ante situaciones de emergencia son:

- Reacciones normales: rechinar de dientes, sudoración, mareos, mirada borrosa, incontinencia urinaria o diarrea profusa, bajadas o subidas de la presión arterial, taquicardia, dolor en el pecho; en este caso, se deberá prestar asistencia médica.
- Reacciones hiperactivas: existen personas que estallan en ráfagas de actividad sin sentido, hablan rápido, bromean de forma inapropiada. Ellos aparentan retraerse dentro de una confianza irreal en sus habilidades.
- Reacciones paralizantes: la persona queda incapaz de hacer algo para autoayudarse, su mirada está perdida y no responde a las llamadas verbales; suelen ser muy dóciles y fáciles de dirigir a lugares seguros.

La intervención en crisis de primera instancia, que se refiere a continuación, corresponde a los primeros auxilios psicológicos.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	
DEFINICIÓN	
Es el apoyo inmediato (usualmente una sesión) que se da a las personas en el primer contacto que se tiene ante una urgencia. No necesariamente la debe brindar un profesional de la salud mental, puede ser una persona entrenada para ello, como comandantes, enfermeros de combate y personal de sanidad.	
OBJETIVO	
Proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona con fuentes de ayuda con el restablecimiento del equilibrio emocional.	
ETAPAS	
1	**Realizar contacto psicológico:** se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos y necesidades de una persona durante su crisis. La tarea es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con nosotros. Existen varios objetivos del primer contacto psicológico; el primero de ellos es que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; lo que a su vez conduce a una disminución en la intensidad de sus ansiedades; el primer contacto psicológico puede servir para reducir el dolor de estar solo durante una crisis.
2	**Analizar las dimensiones del problema:** La indagación se enfoca a tres áreas: a) Presente: hace referencias a "qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer" (como la muerte de un ser querido, experiencia de combate, el abandono de la pareja, el descubrimiento de una infidelidad, el descubrimiento de una enfermedad terminal, etc.). b) Pasado inmediato: remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis y su indagación implica preguntas como: "quién, qué, dónde, cuándo y cómo". c) Futuro inmediato: se enfoca en determinar los eventuales riesgos para la persona y la preparación para las soluciones inmediatas.
3	**Sondear posibles soluciones:** implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después. Esto implica llevar o "acompañar" a la persona en crisis a generar alternativas seguido de otras posibilidades. Una segunda cuestión es la importancia de analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.
4	**Iniciar pasos concretos:** implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es en realidad muy limitado pero permite recobrar lentamente la confianza para realizar las acciones posteriores a que haya lugar. Se requiere enlazar con fuentes de apoyo que realicen la intervención posterior.
5	**Verificar el progreso:** El seguimiento puede suceder mediante un encuentro posterior, cara a cara o por teléfono o correo electrónico. El objetivo, es ante todo, completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los Primeros Auxilios Psicológicos

Tabla 24. Primeros auxilios psicológicos.

Características de las personas que prestan intervención en crisis:

1. Demostración de interés y preocupación genuina por la situación.
2. Empatía.
3. Deseo de ayudar, con respeto y sobriedad.
4. Capacitación en primeros auxilios psicológicos.
5. Tolerancia respecto a la forma en que las personas expresan sus sentimientos.
6. Compromiso en realizar seguimiento.

Consideraciones para quienes prestan los primeros auxilios psicológicos

1. No esperar lo imposible; usted no hace milagros ni tiene las respuestas a todas las preguntas.
2. Muchas personas temen no ser capaces de encontrar las palabras apropiadas o el momento oportuno para hablar con una persona en crisis. Es necesario recordar que la capacidad para escuchar está por encima de la capacidad para decir algo.

3. La conducta que se tome debe mostrar respeto y preocupación por la situación, y reflejar la voluntad de escucha neutra y empáticamente. Un acompañamiento no ansioso es el tipo de interacción requerida.
4. Ser un buen oyente y no incomodarse por los silencios en la conversación. No pensar que tiene que decir algo. Además, es importante reconocer que los consejos "no piense más en eso", "piense en los demás", "no se preocupe", "tiene que ser fuerte" o "no llore", son ingenuos, imposibles de lograr y no ofrecen el apoyo requerido.
5. Ante preguntas del afectado, es importante no apresurarse a responder; suele ser más útil intentar con repreguntas, decodificando en realidad qué es lo que le inquieta. Es importante no agregar nuevos temas, sino solo contestar a los que está preguntando. Si se desconoce la respuesta, ser sincero pero esperanzador "buscaremos ayuda".

6. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL AL PERSONAL SECUESTRADO LIBERADO, FUGADO O RESCATADO FF. MM.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL AL PERSONAL SECUESTRADO LIBERADO, FUGADO O RESCATADO DE LAS FUERZAS MILITARES	CÓDIGO:CGFM- PROSAMIL-D-94.242
COMANDO GENERAL	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO (SGI)	FECHA DE EMISIÓN: 30 SEPT. /11
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 01 de 09

OBJETIVO

Generar un protocolo de intervención integral humanizada al personal secuestrado liberado, fugado o rescatado de las Fuerzas Militares y sus familias, para promover un adecuado reintegro a la vida en libertad.

ALCANCE

Atención integral en salud al personal de las Fuerzas Militares víctima de secuestro, desde el momento de la liberación, rescate o fuga hasta lograr un adecuado reintegro psicológico y social a la vida en libertad.

JUSTIFICACIÓN

Las Fuerzas Militares han sido constantemente alcanzadas por la problemática del secuestro; se ven enfrentadas al abordaje de la atención e intervención de los hombres a su servicio, quienes han sido tocados por este flagelo. Es de interés realizar un breve recuento del secuestro dentro de las Fuerzas Militares, utilizado por grupos al margen de la ley contra las Fuerzas Militares:

- El 30 de agosto de 1996, las FARC atacan la base militar de "Las Delicias" en el Putumayo secuestran a 60 militares.
- El 21 de diciembre de 1997 sucedió la toma de Patascoy (Nariño), y fueron secuestrados 22 uniformados por el grupo narcoterrorista farc.
- El 3 de marzo 1998, el Bloque Sur del grupo narcoterrorista FARC, atacó al Ejército en el sitio denominado "Quebrada El Billar", jurisdicción de Remolinos del Caguán (Caquetá), secuestraron 43 militares entre suboficiales y soldados voluntarios.
- El 3 de agosto de 1998, en ataque a la base militar Miraflores Guaviare, fueron secuestrados por las FARC 73 militares entre oficiales, suboficiales y soldados regulares.
- El 04 de agosto de 1998, en ataque a la base militar La Uribe, Meta, fueron secuestrados por la narcoguerrilla de las FARC 7 militares entre oficiales y soldados regulares.

- En el 2009 se notificaron dos secuestros realizados por las FARC a los miembros de las Fuerzas Militares: el 21 de marzo, en el sector de la vereda Casa Azul a orillas del río Guaviare, en Miraflores, Guaviare, en desarrollo de operaciones militares, un sargento que se encontraba en desplazamiento fluvial cayó en un campo minado y posteriormente fue atacado y herido por las FARC, al intentar salir del río fue secuestrado. De otro lado, en fuego cruzado y en enfrentamiento con la cuadrilla 27 ONT-farc, se produjo el secuestro de un soldado profesional en la vereda El Encanto municipio de Vista Hermosa, Meta.

El secuestro afecta nuestra población siendo un hecho violento, altamente traumático para el individuo, la familia y la sociedad, que amenaza la integridad física, mental, emocional y genera una respuesta dramática de temor, miedo, desesperanza y horror.

El secuestro se ha comparado con una muerte suspendida, en donde se agrieta e, incluso, puede perderse el sentido de la vida, al ser colocados tanto la víctima como sus seres queridos en posición de impotencia e indefensión. El secuestrado se enfrenta a una situación de sufrimiento de proporciones incalculables e indescriptibles; la vulnerabilidad y la desesperanza son de tal magnitud que velan las expectativas de restablecimiento del equilibrio.

En los últimos tres años, se han registrado eventos significativos respecto de la liberación y rescate de secuestrados de las Fuerzas Militares:

- El 2 de julio de 2008, el Ejército realiza la "Operación Jaque", la cual fue producto de una operación especial de inteligencia militar logrando infiltrar la narcoguerrilla de las FARC y reunir en un solo lugar a los secuestrados que estaban distribuidos en tres grupos y liberar a 15 de ellos.

- El 13 de junio de 2010, se realiza la "Operación Camaleón" la cual se constituye en el más reciente golpe a la guerrilla por parte de las Fuerzas Militares; a través de una maniobra que realizaron 40 hombres del Ejército, se ingresa de forma sigilosa, una semana antes a la complicada selva del Guaviare y se logra la liberación de dos oficiales de la Policía y un suboficial del Ejército, secuestrados desde hace 12 años por las Farc.

Las connotaciones e implicaciones del secuestro han sido objeto de intervención desde diferentes áreas del conocimiento; todos han arrojado datos relevantes relacionados básicamente con los estilos de enfrentamiento familiar y personal con los que se cuenta antes, durante y después del cautiverio, los cuales se encuentran influenciados directa o indirectamente por factores predisponentes, biológicos, psicológicos y relacionales.

Siendo la liberación un momento tan esperado por el secuestrado, su familia y la comunidad, en realidad no es el fin de este evento, es el comienzo de un proceso de adaptación que puede durar años y en el cual se debe poner el mayor interés y dedicación para lograr una adecuada rehabilitación integral en salud mental y reincorporación laboral, familiar, social y académica con la mejor calidad de vida para el personal liberado, fugado o rescatado y sus familias.

Al enfrentarse el ser humano a situaciones críticas como las mencionadas, no se puede concluir que la vulnerabilidad y capacidad de respuesta o afrontamiento sea igual, cada persona lo maneja de formas diferentes. Los primeros auxilios psicológicos y posterior intervención terapéutica son fundamentales para que no desarrollen trastornos mentales o problemas de comportamiento que mermen su calidad de vida. Es necesario actuar a tiempo, para incrementar la posibilidad de que la persona pueda lograr un proceso adecuado de reintegro a la vida familiar, social y laboral.

No se trata solo de devolverlos con vida, sino devolverlos, a una vida donde exista una buena salud integral incluyendo la mental. Muchos de ellos podrán lograr prontamente una adecuada adaptación mientras que otros padecerán algunos trastornos o síntomas como, por ejemplo: estrés agudo manifiesto en irritabilidad, ansiedad, angustia, insomnio, depresión, cambios de carácter, entre otros; también puede presentarse el Trastorno de Estrés Postraumático, caracterizado por la re escenificación del hecho a través de sueños reiterados, alucinaciones, recuerdos persistentes y sensaciones de malestar, sensación de que el acontecimiento está acaeciendo en el momento (flashback), malestar psicológico intenso e hiperactividad fisiológica al exponerse a los estímulos relacionados con el evento y, finalmente, puede llevar a deterioro social, académico, laboral y afectivo.

El protocolo de intervención en el proceso de reintegro del personal de las Fuerzas Militares víctima del secuestro, que ha sido rescatado, liberado o se ha fugado y el de sus familias, surge como producto de la necesidad de neutralizar los efectos devastadores que produce este evento en sus vidas y de generar una directriz que contemple los procedimientos que deben desarrollarse, a partir del momento en que el personal militar y/o civil secuestrado al servicio de las Fuerzas sea liberado hasta su reincorporación a la vida militar y civil con toda su cotidianidad.

DEFINICIONES

Respecto del secuestro se han generado varias definiciones dependiendo de la perspectiva en que se analice:

Secuestro -definición etimológica- proviene del vocablo latino sequestrare, que significa encerrar a una persona ilegalmente.

Secuestro -definición jurídica- "El que arrebate, sustraiga, retenga u oculte una persona, con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, o para que se haga u omita algo, o con fines publicitarios o de carácter político". Ministerio de Justicia y del Derecho (2003), Título II Delitos Contra la Libertad Individual y Otras Garantías, artículo 169 del Capítulo segundo.

Secuestro -definición psicológica- pérdida ambigua a nivel relacional, debido a que se produce una confusión de la existencia de la persona ausente porque existe una pérdida incompleta e incierta.

El tema de la liberación se puede abordar desde tres modalidades:

Liberación por acuerdos: resultado de acuerdos o voluntad de parte de los secuestradores y las personas que intervienen para que se dé la liberación.

Liberación por rescate: recuperación mediante pago o por la fuerza de algo que estaba en poder ajeno; salvación de una persona de un peligro o una situación de abandono.

Liberación por fuga: acción de fugarse, escape, elación, o huída apresurada.

Síndrome de Estocolmo: es un estado psicológico en el que la víctima de secuestro, o persona detenida contra su propia voluntad, desarrolla una relación de complicidad con su secuestrador.

NORMATIVIDAD

- Ley 986 de 2005, "por la cual se adoptan medidas de protección a las víctimas del secuestro y sus familias y se dictan otras disposiciones".
- Directiva Permanente 130010 del 4 de febrero de 2007, "Plan Maestro de Salud Mental para las FF.MM".
- Directiva Permanente CCFFMM No. 22 del 24 de octubre de 2008, "por la cual se emiten políticas de manejo del personal secuestrado, liberado, rescatado o fugado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".
- Directiva Permanente No. 320104 de 2008, "por la cual se emiten los procedimientos a realizar para la asistencia al personal liberado y beneficiarios del personal secuestrado y desaparecido del Ejército Nacional".
- Directiva Permanente No. 320105 del 09 de mayo de 2008, "por la cual se crea y estructura la Oficina de Asistencia al Personal Liberado y Beneficiarios del Personal Secuestrado y Desaparecido del Ejército Nacional".
- Directiva Transitoria No. 336057 de 2008, "por la cual se emiten directivas acerca del manejo y Readaptación del Personal Militar Rescatado y Liberado".
- Manual de procedimientos para el personal secuestrado, liberado o rescatado y desaparecido de las Fuerzas Militares. DGSM. 2010.

PROCESO DE REINTEGRACIÓN DEL PERSONAL LIBERADO O RESCATADO				
FASE I: PREVIA AL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
1	Grupo de Atención para rescatados o liberados (GARELI)	a) El Comando de la Fuerza, a través de la Dirección de Desarrollo Humano y la Dirección de Sanidad de acuerdo a su estructura organizacional, dispondrá la conformación de grupos de atención para personal rescatado, liberado fugado conformados así: - Médico Militar con experticia en atención de urgencias. - Auxiliar de enfermería Militar. - Psiquiatra Militar con experticia en el manejo de eventos traumáticos prolongados y/o estrés agudo prolongado. - Psicólogo Clínico y/o Psicólogo con experticia en salud mental y competencias para el manejo de eventos traumáticos prolongados y/o estrés agudo prolongado. - Sacerdote. - Trabajador Social. - Un oficial de arma que permita la comunicación permanente entre sanidad y las diferentes áreas involucradas. El grupo debe recibir un entrenamiento en manejo de crisis dirigida a personal secuestrado liberado, rescatado o fugado, siendo este un requisito para el reconocimiento como GRUPO GARELI.	Jefatura de Desarrollo Humano Dirección de Sanidad	A partir de la fecha de expedición del protocolo de intervención en el proceso de reintegro del personal de las Fuerzas Militares, víctima del secuestro, que ha sido liberado, rescatado o se ha fugado y sus familias.
2	Unidad Gestión Chequeo Médico HOMIC	a) Conformar el equipo de especialistas que brindará atención integral en salud al personal víctima de secuestro desde el momento de la liberación para determinar aptitud psicofísica del militar y plantear un tratamiento según criterio médico. b) El personal de salud mental que participó en la recepción y atención inicial del personal de liberados apoya al grupo de salud mental HOMIC-HONAC. c) El psicólogo que ha tenido contacto directo con la familia del personal liberado, fugado o rescatado apoya al grupo de salud mental HOMIC-HONAC.	Coordinador Unidad Gestión de chequeo médico HOMIC-HONAC	Una vez liberado o rescatado el personal militar víctima de secuestro hasta cumplir con la totalidad de las valoraciones para determinar.

FASE I: PREVIA AL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
3	Oficina de atención integral para el personal secuestrado, liberado, fugado o rescatado y sus familias	a) El Comando de la Fuerza a través de la Direcciones de Desarrollo Humano, y de acuerdo a su estructura organizacional, dispondrá la creación de una sección de atención integral al personal víctima de secuestro, liberado, fugado o rescatado y sus familias, conformado así: - Asesor Jurídico. - Trabajador Social. - Sacerdote. - Psicólogos Clínicos y/o Psicólogos con experticia en salud mental y competencias para el manejo de eventos traumáticos prolongados y/o estrés agudo prolongado. - Un Oficial que permita el enlace entre el grupo y la Institución.	Jefatura de Desarrollo Humano	A partir de la fecha de la expedición del protocolo para el Manejo Integral del personal secuestrado liberado, fugado o rescatado de las Fuerzas Militares.
FASE II: NOTIFICACIÓN DEL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
1	Plan de recepción al personal liberado o rescatado	a) Elaborar el plan para el recibimiento de un personal militar liberado o rescatado, emitiendo instrucciones para los procesos de recepción, atención en salud integral y actividades administrativas, de acuerdo al protocolo para el Manejo Integral del personal liberado o rescatado de las Fuerzas Militares emitida por la DGSM. b) Contactar el núcleo familiar a través de una delegación de la unidad cercana para transmitir la información necesaria respecto de las indicaciones emitidas por el Comandante de la Fuerza. c) Evaluación por psicología y trabajo social, de la familia y las expectativas en cuanto al rescate o liberación.	Jefatura de Desarrollo Humano Sección de Atención Integral para el personal secuestrado liberado, fugado o rescatado y su familia.	Una vez liberado o rescatado el personal militar víctima de secuestro.

FASE II: NOTIFICACIÓN DEL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
2	Activación del Grupo de atención para rescatados o liberados asignado (GARELI).	Emitir la orden de activación del grupo de atención para rescatados o liberados.	Jefatura de Desarrollo Humano Dirección de Sanidad Sección de atención Integral para el personal secuestrado liberado, fugado o rescatado y su familia.	Una vez liberado o rescatado el personal militar víctima de secuestro.
3	Desplazamiento del Grupo de Atención para rescatados o liberados (GARELI) al sitio de liberación del personal secuestrado.	Recepción y acogida inicial de los liberados o rescatados.	Jefatura de Desarrollo Humano Dirección de Sanidad Sección de Atención integral para el personal secuestrado liberado, fugado o rescatado y su familia.	Una vez liberado o rescatado el personal militar víctima de secuestro.
FASE III: POSTERIOR AL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
1	Evaluación del personal por el equipo médico.	a) Evaluación preliminar de las condiciones médicas. b) Atención médica urgente a los liberados que lo requieran.	Grupo de atención para rescatados o liberados (GARELI).	Una vez liberado o rescatado el personal militar víctima de secuestro.

FASE III: POSTERIOR AL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
2	Evaluación del paciente por el equipo de salud mental	a) Acompañamiento permanente. b) Evaluación preliminar del estado de salud mental. c) Actualización sobre asuntos personales de mayor relevancia. d) Preparar al liberado para su encuentro con la familia; orientar y monitorear el desarrollo del mismo. e) Informar a los familiares sobre la situación y orientar sobre la forma más adecuada de realizar el primer contacto telefónico (tiempo, qué comentarios hacer, que asuntos no discutir por el momento, etcétera. Nota: No permitir al liberado tener ningún tipo de comunicación con la familia hasta que el equipo de salud mental haya contactado a los familiares más cercanos y preparado para el primer contacto telefónico. f) Determinar la conveniencia para la salud mental del personal liberado, fugado o rescatado, de dar declaraciones a los medios de comunicación. g) Si se considera que el enfrentar los medios de comunicación no es contraproducente para su efectivo proceso de readaptación a la vida militar y civil, se debe brindar asistencia psicológica durante las entrevistas. h) Preparación para la primera aparición en público.	Personal de salud mental - Grupo de atención para rescatados o liberados (GARELI) - Sección de atención integral para el personal secuestrado, liberado o rescatado y su familia.	Una vez liberado o rescatado el personal militar víctima de secuestro.

FASE III: POSTERIOR AL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
3	Manejo medios de comunicación	a) La Dirección de Acción Integral coordina los medios de comunicación. b) Las entrevistas podrán realizarse, previa valoración, por el grupo de salud mental, quien emitirá concepto escrito consignando que el brindar entrevistas no afectará el proceso de reincorporación psicológica del personal a la vida en libertad. c) En coordinación con el profesional de salud mental del GARELI supervisa el desarrollo de las entrevistas y declaraciones del personal liberado, fugado o rescatado ante los medios de comunicación.	Dirección de Acción Integral.	Una vez el personal militar víctima de secuestro es liberado o rescatado.
4	Reencuentro con el núcleo familiar	a) El primer contacto entre los liberados y su familia debe ocurrir solo previo concepto por parte del profesional de salud mental asignado por la DISAN, que confirme la preparación de la familia para el encuentro inicial. b) Monitorea el desarrollo del encuentro y se brinda apoyo y atención que se requiera. c) Determina la pertinencia de informar al personal los cambios importantes ocurridos en los núcleos familiar y social y los comunica de manera asertiva. d) Informa a la familia del liberado o rescatado de su traslado al Hospital Militar Central o al Hospital Naval de Cartagena para un chequeo médico especializado.	- Personal de salud mental - Grupo de atención para rescatados o liberados (GARELI).	Una vez el personal militar víctima de secuestro es liberado o rescatado, y se ha preparado al personal para el primer encuentro con la familia.
5	Activación Unidad gestión chequeo médico HOMIC	a) Ordena a la Unidad gestión chequeo médico coordinado por un Especialista en Medicina Familiar, iniciar el chequeo médico del personal liberado o rescatado.	HOMIC-HONAC	Al recepcionar el personal en el HOMIC-HONAC.

FASE III: POSTERIOR AL RESCATE O LIBERACIÓN				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
6	Ingreso y Hospitalización del Personal	a) Valoración por medicina familiar–interna y revisión historia clínica antigua.	HOMIC-HONAC	Período hospitalización
		b) Ingreso: Apertura historia clínica, asignación de cuenta y orden de hospitalización.		
		c) Hospitalización: Asignación de habitación individual, autorización ingreso de familia y restricción de medios de comunicación.		
		d) Acomodación inmediata; prendas de vestir cómodas, elementos de aseo, asignación enfermero que acompañe permanentemente paciente y familia, carnetización de la familia.		
		e) Valoración medicina interna y nutrición.		
		f) Valoración equipo salud mental al paciente y a la familia.		
		g) Valoración oftalmología, dermatología, ortopedia, urología, neurología, cardiología, coloproctología, odontología, exámenes paraclínicos, según requerimientos de los especialistas.		
		h) Informe de chequeo médico y psiquiátrico, resultados, recomendaciones.		
		i) Socialización del chequeo médico con el paciente y su familia e implementación del tratamiento de acuerdo diagnósticos establecidos		
		j) Remisión a salud mental de la DISAN, quien asignará el psicólogo que continuará con el proceso psicoterapéutico del paciente y su familia, en coordinación con la Oficina de Atención Integral para el personal secuestrado, liberado o rescatado y su familia.		

FASE IV: REINCORPORACIÓN PSICOSOCIAL				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
1	Intervención biopsicosocial a nivel Individual, grupal y familiar	a) Potenciar fortalezas y habilidades del liberado. b) Brindar asesorías en temas de salud y bienestar en general. c) Psicoeducación en posibles traumas generados por el proceso del secuestro y su identificación. d) Formulación clínica del paciente a través de entrevistas tomando en cuenta criterios diagnósticos de CIE-10 y DSM IV TR, síntomas de trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión y trastornos obsesivos compulsivos. Se debe descartar el síndrome de Estocolmo. e) Desarrollar plan de intervención individual, grupal y familiar: • Primer trimestre: interven- ción diaria (dos sesiones indi- viduales y tres grupales); for- mulación clínica del paciente, manejo de las secuelas del secuestro, identificación de sintomatología psiquiátrica. • Segundo trimestre: tres Intervenciones semanales (una sesión individual y dos grupales); mane- jo individual y de pareja, relacio- nes interpersonales y familiares. • Tercer trimestre: dos intervenciones semanales (una sesión individual y una grupal) proyecto de vida, consolidación del esquema mental de libertad. • Cuarto trimestre: una intervención semanal (sesiones grupales) cotidianidad, cambios, etc. • Durante primer trimestre: una sesión familiar semanal para determinar sintomatología y realizar seguimiento; segundo trimestre dos veces al mes y, a partir del tercer trimes- tre, una intervención mensual. Nota: el desarrollo del plan de intervención en cuanto a la frecuencia queda sujeto al concepto del clínico y a la evolución del paciente y la familia. f) Controles: • Primer año después de terminar la intervención psicológica: mensuales. • Segundo año: bimestrales. • Tercer año en adelante: semestrales.	Sección de atención integral para el personal secuestrado, liberado o rescatado y su familia Profesionales Salud Mental en coordinación con DISAN.	Una vez el personal liberado o rescatado es dado de alta del HOMIC-HONAC.

FASE IV: REINCORPORACIÓN PSICOSOCIAL				
PASO	GRUPO	TAREA	RESPONSABLE/LUGAR	CUANDO
2	Atención integral al personal liberado o rescatado y su familia	a) Entrega de carpeta personal con toda la información desde su secuestro a la fecha, que contemple: tiempo de servicios, seguros de vida, situación de ascensos, vacaciones, haberes, cesantías, caja promotora de vivienda militar, entre otros.	Sección de atención integral para el personal secuestrado, liberado o rescatado y su familia.	Reingreso del personal a la cotidianidad.
		b) Brindar asistencia al personal y sus familias, en las siguientes áreas: - Asistencia social - Asesoría y apoyo psicológico - Asesoría y apoyo jurídico - Asistencia médica - Capacitación y bienestar - Gestión administrativa - Conmemoración fechas especiales.		
		c) Desarrollar plan de bienestar para el personal liberado y sus familias.		
		d) Contactar entidades que aunen esfuerzos en pro de la reintegración del personal liberado o rescatado; a su vida social, familiar, laboral y académica.		
		e) Brindar psicoeducación en "Estrategias relacionales con el personal víctima de secuestro liberado, fugado o rescatado" a los comandantes en todos los niveles de la unidad asignada para el personal.		
3	Apoyo espiritual	a) Desarrollar actividades comprometidas en el proceso de reintegración familiar mediante talleres orientados al fortalecimiento espiritual, involucrando al personal liberado o rescatado y sus familias.	Obispado castrense – Capellán de la Unidad.	Reingreso del personal a la cotidianidad.
4	**Cierre Intervención**	**Rehabilitación integral en salud mental y reincorporación laboral, familiar, social y académica con la mejor calidad de vida para el personal liberado o rescatado.**		


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO
MORTALIDAD POR SUICIDIO





Capítulo V

INVESTIGACIÓN Y VIGILANCIA DE EVENTOS EN SALUD MENTAL

1. SALUD MENTAL PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA

La salud mental tiene varios determinantes o factores que pueden favorecer o alterar el equilibrio mental de las personas. Entre ellos se encuentran:

- **El ambiente:** factores como la violencia, la nutrición, la vivienda, la educación, el empleo, la recreación, la situación económica, y la política de un momento determinado.
- **Servicios de salud:** accesibilidad, cobertura, entrenamiento y actitudes de los profesionales de la salud; la oportunidad y la calidad de los servicios.
- **Herencia:** factores relacionados con el componente genético que vuelve a las personas más vulnerables frente a los trastornos mentales.
- **Comportamiento:** están relacionados con el comportamiento humano que genera factores de riesgo y vulnerabilidad frente a los trastornos mentales. Los factores comportamentales pueden ser también factores protectores como el afecto y las buenas relaciones familiares, las habilidades comunicativas y la asertividad, el buen manejo de los conflictos y el estrés y el acompañamiento familiar, entre otros.

De acuerdo con los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia[90], en cuestión de salud mental se deben desarrollar las siguientes actividades, teniendo en cuenta el tipo de población:

1. **Con la población general que conserva un cierto "equilibrio mental":** implementar programas de promoción de la salud mental y de los factores protectores, promoción de comportamientos saludables de la convivencia pacífica y prevención de violencia intrafamiliar, de las condiciones de salud mental en el embarazo y primera infancia.
2. **Con la población vulnerable:** como los desempleados, desplazados, personas en zonas de conflicto armado, víctimas de violencia intrafamiliar y ancianos abandonados se debe desarrollar acciones como la reducción del impacto negativo de los problemas psicosociales, provisión de la atención integral, reinserción laboral, entrenamiento ocupacional, atención

90 Ministerio de Protección Social. Lineamientos de política de la salud mental para Colombia. Bogotá. 2005.

a los casos de violencia intrafamiliar, y la articulación intersectorial.

3. **Con la población con trastornos mentales:** realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, la atención en crisis incluyendo el intento de suicidio, y la prestación de servicios de salud mental en los diferentes niveles de complejidad.

Partiendo de la información anteriormente expuesta, en el presente capítulo, al exponer el tema salud pública, se está tratando directamente el aspecto de la salud mental, tema que es objeto del presente plan maestro.

2. OBJETIVO

Fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica en salud mental, así como la formulación y establecimiento de líneas de investigación que promuevan el conocimiento del comportamiento humano en el contexto militar, base fundamental para la implementación y desarrollo de estrategias efectivas de promoción, prevención, intervención y rehabilitación.

3. ESTRATEGIAS

- Diseño e implementación de modelos de vigilancia de los trastornos mentales, factores de riesgo, condiciones de vulnerabilidad de poblaciones de mayor riesgo de trastornos mentales.
- Mejoramiento de los registros continuos de morbilidad y mortalidad de trastornos mentales y factores de riesgo asociados.
- Mejoramiento de la gestión en salud mental a través de un sistema de monitoreo de la gestión de servicios y programas.
- Definición de líneas prioritarias de investigación en salud mental.

4. EPIDEMIOLOGÍA

Epidemiología: es el análisis de la distribución de los eventos relacionados con el estado de salud y de enfermedad en los grupos sociales y la aplicación de este conocimiento a la prevención, al control de los daños y a la promoción de la salud. Es considerada como la ciencia básica de la salud pública y se caracterizada por ser:

- Una ciencia multidisciplinaria, cuantitativa, estructurada con base en probabilidades, estadísticas y métodos de búsqueda.
- Un método de raciocinio basado en el desarrollo y prueba de hipótesis sobre la ocurrencia y la prevención de la morbilidad y de la mortalidad.
- La base para la acción en Salud Pública que promueve el conocimiento con base en el método científico, el razonamiento causal y el sentido común.

4.1. Objetivo

Promover y proteger la salud de las poblaciones, con base en un proceso secuencial que incluye:



Figura 19. Proceso secuencial epidemiológico.

4.2. Estrategias

- **El conocimiento de los hechos**: estudio de los procesos de salud y de enfermedad en una población definida en el espacio y en el tiempo, es el objetivo de la **epidemiología descriptiva.**
- **Formulación de hipótesis:** se plantea inicialmente lo que se considera la pregunta a resolver; en el proceso pueden aparecer otras preguntas o formulaciones. A medida que se tiene mayor conoci-

miento del tema propuesto, se incrementan las preguntas lógicas, consistentes, compatibles con el cuerpo del conocimiento existente o un salto en el conocimiento con capacidad de ser sometida a prueba (verificación).

- **Prueba de hipótesis:** el método científico debe tener evidencias de la asociación entre el o los factores de riesgo y el o los eventos a través de los diferentes métodos analíticos o experimentales. La identificación de los factores causales (factores de riesgo) y de los factores protectores de los procesos de salud y de enfermedad en poblaciones definidas en el espacio y en el tiempo, constituye el objetivo de la **epidemiología analítica.**
- **Aplicación de los hallazgos epidemiológicos** a la prevención, la vigilancia y el control de los procesos de enfermedad y a la promoción de la salud, comprenden el campo de la salud pública. La descripción de los eventos epidemiológicos requiere que estos sean derivados de una población objeto de observación de la cual, generalmente, se extrae una muestra. La enfermedad y la muerte no son uniformes en las comunidades; son procesos dinámicos donde intervienen una serie de factores (variables) que condicionan el resultado final de enfermedad o salud.

4.3. Ética

La meta ética en la práctica de la epidemiología y de la salud pública es identificar la mejor manera de resolver los problemas de las comunidades, para lo cual es necesario trabajar con rigor en los problemas prioritarios, observar la realidad con un método capaz de sacar conclusiones válidas y transmitir esto de la mejor manera a las comunidades.

4.4. Tópicos de aplicación

Las áreas más frecuentes de aplicación de la epidemiología incluyen:

- Análisis de la situación de salud de las comunidades. Debe anticipar las necesidades, identificar las condiciones de riesgo y orientar la definición de prioridades y la utilización de los recursos para la planificación y la administración de los sistemas de salud.
- Establecer políticas de salud.
- La toma de decisiones individuales que afecten positivamente la salud a largo plazo.
- Estudiar la historia natural y social de la enfermedad.
- Estimar los riesgos de enfermar y de morir.
- Predecir el curso de los daños a la salud.
- Identificar nuevos síndromes clínicos.
- Vigilar los daños a la salud en un área y los programas instaurados por los organismos sanitarios y contribuir con los aspectos de planificación en salud para su evaluación.
- Evaluar los procedimientos de diagnósticos clínicos, paraclínicos y terapéuticos.
- Adelantar investigaciones operativas.
- Investigar brotes y epidemias.
- Ensayos clínicos y terapéuticos.
- Evaluación de programas.
- Establecimiento de bases para toma de decisiones.
- Establecer las bases para la planeación en salud.

4.5. Sistema de vigilancia en salud

El Ministerio de Protección Social, mediante el Decreto número 3518 de 2006, crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo a la protección de la salud individual y colectiva.

La organización y funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, además de los postulados señalados en la Ley 100 de 1993, se fundamenta en los siguientes principios orientadores:

- **Eficacia**: capacidad del sistema para alcanzar los resultados y contribuir a la protección de la salud individual y/o colectiva.
- **Eficiencia:** uso racional de los recursos con el fin de garantizar su mejor utilización para la obtención de los mejores resultados en materia de vigilancia en salud pública.
- **Calidad:** garantía de veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información generada, en todos los procesos de vigilancia en salud pública que realicen los integrantes del sistema.
- **Previsión**: capacidad de identificar y caracterizar con anticipación, las posibles condiciones de riesgo para la salud de la población y orientar la aplicación oportuna de las acciones de intervención requeridas para preservar la salud individual y/o colectiva.
- **Unidad:** integración funcional de los diferentes niveles del sector salud y demás participantes del sistema de vigilancia, que permiten la operación en red y la articulación de las intervenciones en salud pública, con unidad de criterio.

La finalidad de un sistema que permita vigilar los eventos en salud pública, son:

- Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública.
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública.
- Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control.
- Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores.
- Identificar necesidades de investigación epidemiológica.
- Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control.
- Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud.
- Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Orientar la formulación de políticas en salud pública.

4.6. Sistema de vigilancia en Salud Mental SSFM

Considerando el talento humano como el motor de la Institución y que la salud mental como un factor transversal que afecta ineludiblemente el desempeño de todos sus miembros, es necesario documentar de manera amplia aquellos factores que pueden afectar las condiciones de los integrantes del Subsistema de Salud de las FF. MM. (SSFM).

Los registros y estadísticas que actualmente alimentan el sistema de información en salud mental indican que el número de consultantes al servicio de psicología es inferior al 5% de los efectivos y quienes más consultan son los retirados.

Los índices de prevalencia de sintomatología psiquiátrica y la frecuencia de comportamientos o estilos de vida inadecuados, reflejan la alta repercusión de estas condiciones en la calidad de vida militar. En consecuencia, se obliga a revisar las estrategias empleadas para enfrentar esta problemática. A su vez, resulta evidente que un adecuado enfoque de estos problemas, independientemente de la estrategia que se siga, requiere de información básica que enriquezca los programas y facilite la toma de decisiones en el área.

A continuación, se exponen algunos de los datos que los profesionales en salud mental deben reportar mensualmente a las Direcciones de Sanidad, instancias que a su vez reportan a la Dirección General de Sanidad Militar, con el objetivo de tener una apreciación real del servicio asistencial al personal de usuarios, que permita detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud mental. Es necesario mencionar que el subregistro de la información obstaculiza el cumplimiento de los objetivos propuestos en las áreas de salud mental mientras que el registro favorecerá el posicionamiento de las áreas como de alto impacto en la salud de los usuarios.

4.6.1. Morbilidad en salud mental

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD - PROGRAMAS ESPECIALES - PROGRAMA SALUD MENTAL

CODIGO CIE10	CRITERIOS DIAGNOSTICOS	GRUPO POBLACIONAL POR EDAD															GRUPO POBLACIONAL POR GENERO				GRUPO POBLACIONAL POR CATEGORIA										NUMERO DE CASOS			
		1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60+	SD	TOTAL	M	F	SD	TOTAL	OFICIALES	SUBOFICIALES	SLP/IMP	SLR-SLB-SLC/IMR	ALUMNOS			CIVILES	BENEFICIARIOS	PENSIONADOS/RETIRADOS	SD	TOTAL	CITA NUEVA	CONTROL	SD	TOTAL
																									OF	SUBOF	SLP								
F00 - F09	Trastornos mentales organicos																																	
F10 - F19	T. por consumo SPA																																	
F20 - F29	Esquizofrenias - T. psicóticos																																	
F30 - F39	T Afectivos																																	
F40 - F42 , F44 - F49	T. ansiedad																																	
F43, F43.0 , F43.2	Estrés grave - t. adaptación																																	
F43.1	T. estrés post-traumático																																	
F50 - F59	T. asociado disfunciones fisiológicas - somáticos																																	
F60 - F69	Trastornos de personalidad y de comportamiento																																	
F70-F79	Retraso mental																																	
F80 - F89	T. desarrollo psicológico																																	
F90 - F99	T. inicio infancia y adolescencia																																	
R40 - R48	Síntomas de enfermedades que afectan al comportamiento y al conocimiento pero no son suficientes para explicar un trastorno																																	
T74 , T748 - T749 , Y07	Síndromes del maltrato																																	
T740 , Y06	Negligencia o Abandono																																	
T741 , X85 - X99 , Y00 - Y04, Y08 - Y09	Abuso Fisico/Agresiones																																	
T742 , Y05	Abuso Sexual																																	
T743	Abuso Psicológico																																	
X60 - X84	Lesiones autoinfligidas intencionalmente																																	
Z00 - Z54	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación, exámenes, asesoría por riesgos potenciales, procedimientos especificos y cuidados de salud																																	
Z55 - Z60, Z64 - Z65	Problemas potenciales psiquicos o psicosociales																																	
Z61 - Z62	P. infancia y pautas de crianza																																	
Z63	P. familia - grupo de apoyo																																	
Z70 - Z76	P. actitud y estilos de vida																																	
Z81 - Z92	P. relacionados con la historia del consultante o su familia - grupo de apoyo																																	
	TOTAL																																	

Figura 20. Morbilidad en Salud Mental.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD - PROGRAMAS ESPECIALES - PROGRAMA SALUD MENTAL

Departamento Procedencia	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F42 F44 - F49	F43 F43.0 F43.2	F43.1	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F99	R40 - R48	T74 , T748 - T749 , Y07	T740 , Y06	T741 , X85 - X99 Y00 - Y04, Y08 - Y09	T742 , Y05	T743	X60 - X84	Z00 - Z54	Z55 - Z60, Z64 - Z65	Z61 - Z62	Z63	Z70 - Z76	Z81 - Z92	TOTAL
	Trastornos mentales organicos	T. por consumo SPA	Esquizofrenias - T. Psicóticos	T Afectivos	T. ansiedad	Estrés grave - t. adaptación	T. estrés post-traumático	T. asociado disfunciones fisiológicas - somáticos	Trastornos de personalidad y de comportamiento	Retraso mental	T. desarrollo psicológico	T. inicio infancia y adolescencia	Síntomas que afectan al comportamiento y al conocimiento	Síndromes del maltrato	Negligencia o Abandono	Abuso Físico/Agresiones	Abuso Sexual	Abuso Psicológico	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación, exámenes	Problemas potenciales psíquicos o psicosociales	P. infancia y pautas de crianza	P. familia - grupo de apoyo	P. actitud y estilos de vida	P. relacionados con la historia del consultante o su familia - grupo de apoyo	
Amazonas																										
Antioquia																										
Arauca																										
Atántico																										
Bogotá D.C.																										
Bolivar																										
Boyacá																										
Caldas																										
Caquetá																										
Casanare																										
Cauca																										
Cesar																										
Choco																										
Córdoba																										
Cundinamarca																										
Guainia																										
Guajira																										
Guaviare																										
Huila																										
Magdalena																										
Meta																										
Nariño																										
Norte Santander																										
Putumayo																										
Quindio																										
Risaralda																										
San Andrés																										
Santander																										
Sucre																										
Tolima																										
Valle																										
Vaupés																										
Vichada																										
Sd																										
TOTAL																										

Figura 21. Morbilidad en salud mental – Georeferrenciación.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD - PROGRAMAS ESPECIALES - PROGRAMA SALUD MENTAL

PROGRAMA		Población Cubierta (Número de personas)												TOTAL
		Oficial	Suboficial	SLB/ SLR/ IMAR	SLP/ IMP	SD	ALUMNOS				CIV	BEN	PENSIO/ RETIRAD	SD	
							OF	SUBOF	SLP	SD					
P Y P SALUD MENTAL	REGULACION EMOCIONAL														
	HABITOS DE VIDA SALUDABLE														
	MANEJO EFECTIVO RELACIONES FAMILIARES - PAREJA														
	PREVENCION DE SUICIDIO														
	PREVENCION DE CONSUMO DE SUSTACIAS PSICOACTIVAS														
	EVENTO 875 - VIOLENCIA DE GENERO -														
	TOTAL P Y P SM														
SALUD MENTAL OPERACIONAL	ADAPTACIÓN A LA VIDA MILITAR / LINEA DE VIDA DEL COMBATIENTE														
	ENTRENAMIENTO Y FORTALECIMIENTO EMOCIONAL / MANEJO ESTRÉS DE COMBATE														
	ENTRENAMIENTO Y FORTALECIMIENTO HABILIDADES COGNITIVAS														
	LIDERAZGO OPERACIONAL/ FOMENTO ESPÍRITU DE CUERPO/ ETICA/ SENSIBILIZACIÓN A COMANDANTES / PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS														
	TOTAL OPERACIONAL														

Figura 22. Programas de Promoción y Prevención en Salud Mental.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD - PROGRAMAS ESPECIALES - PROGRAMA SALUD MENTAL

Departamento	P Y P SALUD MENTAL						SALUD MENTAL OPERACIONAL				TOTAL
	REGULACION EMOCIONAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLE	MANEJO EFECTIVO RELACIONES FAMILIARES - PAREJA	PREVENCION DE SUICIDIO	PREVENCION DE CONSUMO DE SUSTACIAS PSICOACTIVAS	EVENTO 875 - VIOLENCIA DE GENERO -	ADAPTACIÓN A LA VIDA MILITAR / LINEA DE VIDA DEL COMBATIENTE	ENTRENAMIENTO Y FORTALECIMIENTO EMOCIONAL / MANEJO ESTRÉS DE COMBATE	ENTRENAMIENTO Y FORTALECIMIENTO HABILIDADES COGNITIVAS	LIDERAZGO OPERACIONAL/ FOMENTO ESPÍRITU DE CUERPO/ ETICA/ SENSIBILIZACIÓN A COMANDANTES / PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	
Amazonas											
Antioquia											
Arauca											
Atlántico											
Bogotá, D.C.											
Bolivar											
Boyacá											
Caldas											
Caquetá											
Casanare											
Cauca											
Cesar											
Choco											
Córdoba											
Cundinamarca											
Guainia											
Guajira											
Guaviare											
Huila											
Magdalena											
Meta											
Nariño											
Norte Santander											
Putumayo											
Quindio											
Risaralda											
San Andrés											
Santander											
Sucre											
Tolima											
Valle											
Vaupés											
Vichada											
SD											
TOTAL											

Figura 23. Programas de promoción y prevención - Georreferenciación.

4.6.5. Reporte presuntos suicidios

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
COMANDO GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD - PROGRAMAS ESPECIALES - PROGRAMA SALUD MENTAL
CONSOLIDADO RELACIÓN DE PRESUNTOS SUICIDIOS

CASO	NOMBRES Y APELIDOS	Documento	EDAD	SEXO	FUERZA	UNIDAD	GRADO	TIEMPO DE SERVICIO	CONTINGENTE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	MEDIO UTILIZADO	MOTIVO APARENTE	DIA DE LA SEMANA	MES	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	ESCENARIO DE OCURRENCIA	CARGO

4.6.6. Informes psicológicos como respaldo a la labor asistencial

De acuerdo con los objetivos que se ha trazado el presente Plan Maestro Integral en Salud Mental para el Subsistema de Salud de las FF. MM., se requiere consolidar información sobre las estrategias de respaldo que promueven la comunicación y comportamiento ético de los profesionales en psicología, es decir, frente a la elaboración y envío de informes psicológicos como respaldo a los procesos de evaluación e intervención clínica.

El informe psicológico puede ser definido como una exposición escrita realizada por un psicólogo que da cuenta de los resultados de un proceso de evaluación-intervención psicológica. Es también la estrategia de comunicación que consolida la información y metodología de trabajo de los psicólogos y se aplica a los diferentes escenarios de trabajo (clínica, educativa, jurídica, etcétera).

Aspectos a tener en cuenta:

Al adelantar un informe psicológico, se requiere considerar la variabilidad de enfoques, el tipo de informe solicitado, el marco legal que fundamenta la elaboración de historias clínicas (Resolución 1995 de julio/99), el marco ético profesional (Ley 1090/ 2006) y sus principios de responsabilidad, competencia, confidencialidad y estándares morales y éticos.

Los informes psicológicos tienen como fundamento lo siguiente:

- Son una parte esencial del proceso de evaluación psicológica y del proceso global de intervención.
- Su relevancia respalda las repercusiones que pueda tener en la vida de las personas y en la clase de atención que se requiera, acorde con su problemática.
- Refleja la formación profesional (exigencia y calidad de los programas académicos), así como la responsabilidad del psicólogo en la atención clínica.
- Es un documento legal que favorece la toma de decisiones jurídicas.
- Es uno de los mejores instrumentos de comunicación entre profesionales.
- Permite ahorrar tiempo y esfuerzo a la hora de recabar una información en intervenciones futuras.
- Es una ayuda para sistematizar la información que se dispone sobre el ejercicio profesional.
- Exige tomar en cuenta aspectos éticos sobre el abordaje de problemáticas individuales.

De acuerdo con lo anterior, los informes psicológicos exigen de parte del profesional:

1. **Poseer la cualificación adecuada**: idoneidad del profesional (entrenamiento y capacitación certificada).

2. **Respetar la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del paciente:** determinar qué información de la solicitada al paciente puede o debe ser revelada en el informe.
3. **Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al paciente:** se recomienda entrevista de retroalimentación frente a los resultados de la evaluación y de los momentos de intervención.
4. **Organizar los contenidos del informe:** describir los aspectos que contendrá el informe. Las guías de manejo destacan la importancia de estructurar los datos obtenidos, describir los instrumentos empleados y facilitar la comprensión de los datos (uso de estrategias y hallazgos pertinentes, y no es necesario incluir protocolos de respuesta); incluir el proceso de evaluación, las hipótesis formuladas (posibles inconsistencias) y justificar las conclusiones ya que algunos tendrán oportunidad de ser contrastados por otros colegas. Cuidar el estilo: uso del lenguaje huyendo de artificios, emplear frases breves y el uso de términos que puedan estigmatizar al paciente; establecer que la evaluación es de corte transversal o en caso de abordajes longitudinales, se requerirá de que sean sustentados. Mantener la confidencialidad y el secreto profesional, solicitar el consentimiento informado de acuerdo con los lineamientos institucionales, observaciones y recomendaciones, firma del terapeuta y datos para, en caso de ser necesario, ampliar información.

A continuación se mencionan los elementos que desde la literatura, respaldan los puntos claves que conforman el informe psicológico:

- Datos profesionales del psicólogo
- Datos personales del paciente
- Motivo del informe
- Motivo de consulta
- Biografía clínica (evaluación por áreas de ajuste)
- Procedimientos de evaluación y resultados
- Impresión diagnóstica
- Formulación clínica del caso (etiología y curso, mantenimiento actual, pronóstico)
- Elementos que conforman el informe psicológico
- Objetivos de la intervención
- Tratamiento
- Resultados del tratamiento
- Recomendaciones – conclusiones frente al abordaje clínico así como frente a futuras intervenciones
- El registro de las actividades en documentos como la historia clínica y el informe psicológico, contribuyen con: el reconocimiento y visualización de la labor profesional de los psicólogos en las instituciones, el respaldo frente al buen ejercicio profesional y los avances científicos de la psicología, así como de las problemáticas de interés para la disciplina, las condiciones clínicas de los pacientes y su evolución frente a las intervenciones.

4.7. Estudios epidemiológicos

Son los métodos de aproximación al conocimiento de un evento de salud. Su implementación permite:

- Identificar factores de riesgo.
- Establecer características inherentes a la constitución genética (grupo sanguíneo, sexo).
- Establecer categorías de interés epidemiológico (factores de riesgo, factores protectores, factores asociados, efectos, características y/o atributos Individuales de persona, tiempo y lugar).
- Establecer relación causal: correlación causa/efecto o factor de riesgo/enfermedad y etiología de un evento de salud.
- Plantear hipótesis.

4.7.1. Tipo de estudios

La literatura menciona varios tipos de estudios epidemiológicos; a continuación se ilustran los principales:

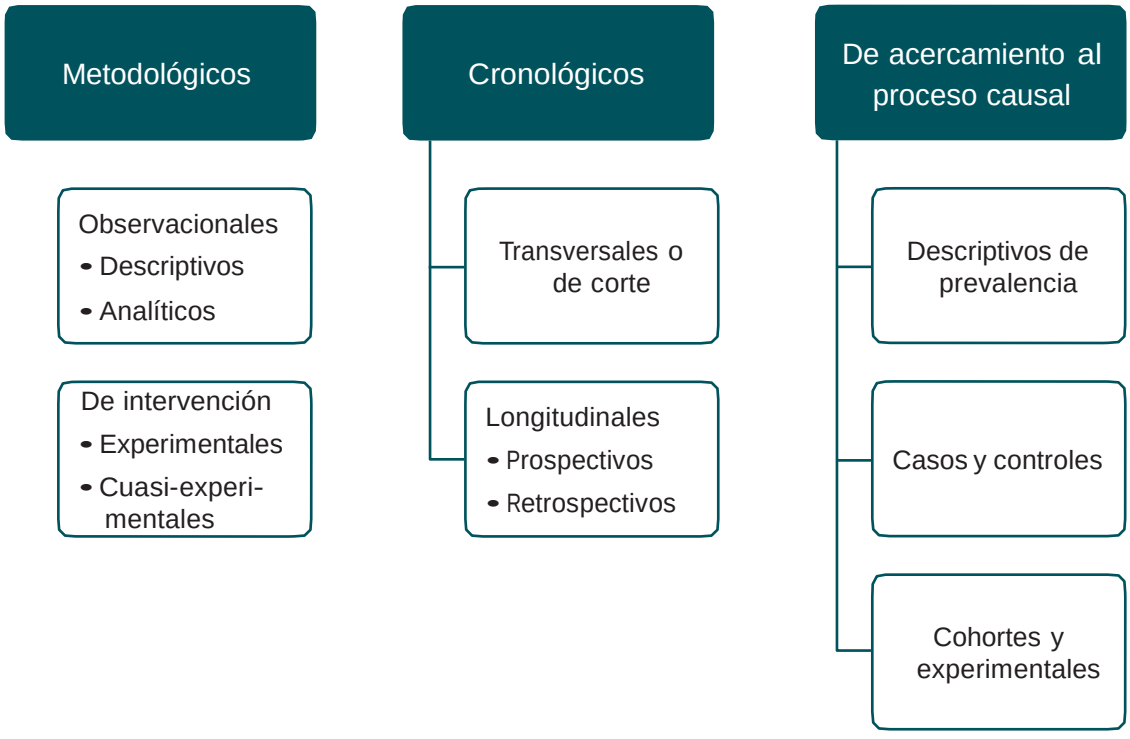


Figura 25. Tipo de estudios epidemiológicos.

4.7.2. Variables epidemiológicas

Hace referencia a características, condiciones o atributos susceptibles de ser medidos, usando alguna escala conocida y que puede adoptar diversos valores. Su medición depende de la capacidad del observador y de la disponibilidad de un sistema de registro y medición capaz de identificar el valor real que adopta. Para la epidemiología, el concepto de variable es de especial importancia puesto que del registro de su ocurrencia y las relaciones que puedan observarse entre ellas derivan hipótesis de explicación de sucesos. Entre las variables epidemiológicas se encuentran:

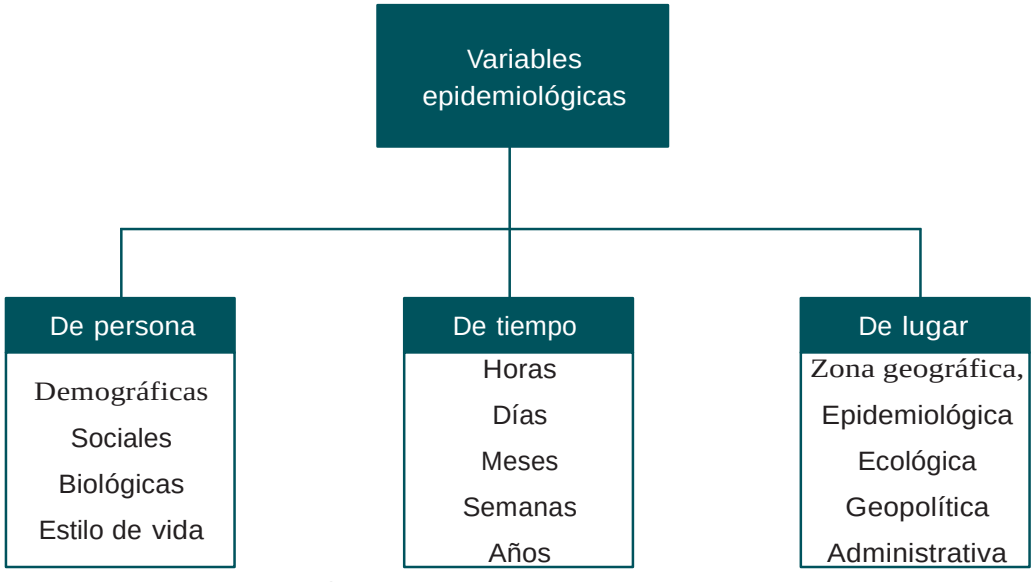


Figura 25. Tipo de estudios epidemiológicos.

5. INVESTIGACIÓN

5.1. Marco de referencia

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista, a lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento tales como el empirismo, el materialismo dialéctico, el positivismo, la fenomenología y el estructuralismo, las cuales han originado diferentes rutas en la búsqueda del conocimiento. En la segunda mitad del Siglo XX tales corrientes se han polarizado en dos enfoques principales: el cuantitativo y el cualitativo.

En términos generales, los dos enfoques anteriores utilizan fases similares y relacionadas entre sí:

a) Realizan observación y evaluación de fenómenos

b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.

c) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.

d) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar y/o fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

El **enfoque cuantitativo** usa la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población.

El **enfoque cualitativo** se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación, a veces, se prueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y este es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en "reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido. A menudo se llama "holístico", porque se precia de considerar el "todo" sin reducirlo al estudio de sus partes [Hernández, Fernández y Baptista[91]].

5.2. La investigación cualitativa como abordaje metodológico

En investigación, uno de los aspectos más discutidos y debatidos es el de la relación sujeto /objeto, investigador/investigado. ¿Quién, qué y cómo se observa?

Para este aspecto se propone considerar el conocimiento, como un constructor histórico y sociocultural producto de interacciones fundamentadas en el lenguaje que a su vez nos produce y sustenta al ser humano como sujeto social; lo que dice o calla, lo que se resalta o se deja de lado; tiene implicaciones que además son ética y políticamente efectivas.

Es fundamental romper esa barrera entre el investigador y el investigado. Para ello se propone un abordaje que garantice la comprensión del discurso del otro, del sujeto investigado a través de las formas de autonarrarse, sus biografías particulares que van cambiando de acuerdo a nuevas condiciones sociales. Igualmente, observar las formas como estas narraciones y discursos se concretan en los sujetos, se reproducen, se encarnan y se hacen cuestiones vivas y singulares.

El debate sobre el método más adecuado para estudiar la realidad, igualmente, ha sido uno de los puntos que más ha convocado a los académicos y los investigadores, en particular de las Ciencias Humanas y especialmente la psicología, como un campo de frontera con las ciencias naturales y de la salud, quienes han buscado delimitar epistemológicamente el conocimiento científico de lo social, manteniendo como punto de referencia explícito o implícito los métodos del conocimiento que le son propios desde las ciencias naturales.

Para la comprensión de las dimensiones cualitativa y cuantitativa de las problemáticas sociales, los investigadores han acudido a incluir las dimensiones cuantificables en detrimento de las cualitativas. Sin embargo, es fundamental contextualizar los problemas

91 Hernández, Fernández, Batipsta. México. Mc Graw Hill. 2002.

partiendo de los contextos históricos, culturales y sociales del problema a investigar.

El reto que enfrentan los investigadores no radica en la capacidad de cualificar o cuantificar separadamente un fenómeno social para comprenderlo, sino en cuantificar y cualificar simultáneamente para aprehenderlo en todas sus dimensiones. El investigador, es por lo tanto, el sujeto que escudriña de manera sistemática la realidad social y el método es tan solo un recurso, porque su capacidad intelectual, afinada por una sólida formación histórica y académica y su propio compromiso de entender para transformar, son los aspectos que a la larga determinan la capacidad explicativa de sus indagaciones.

En relación con los temas anteriormente mencionados, es importante considerar la necesidad de realizar, además, un tipo de investigación también conocida como **evaluativa**. Busca, contestar a la pregunta relacionada con la forma como la información sobre dicho fenómeno se podría utilizar para provocar cambios en el mismo. En el campo de la salud en general, y de la salud mental en particular, la investigación evaluativa busca contestar preguntas similares, a partir de los conocimientos que se tienen de la relación entre factores socioculturales, psicosociales y la salud mental. Así se pretenderá responder a la pregunta: ¿cómo utilizar mejor nuestra información sobre el comportamiento del individuo para ayudarlo a fomentar y proteger su salud física y su salud mental?

5.3. Investigación en Salud Mental SSFM

El escaso conocimiento de las condiciones de salud mental de los efectivos, dificulta la elaboración y ejecución de programas de acción preventiva en este campo. Igualmente, es importante establecer la relación que existe entre estos índices y factores asociados a la salud física y emocional de la persona y a las tensiones y demandas del ambiente en el que se participa. En este sentido, es conveniente estimular la actividad investigativa de diferentes tipos, ya sea básica, que hace énfasis en contribuciones teórico-conceptuales y metodológicas; o bien, la llamada aplicada, con su énfasis en la solución de problemas acorde con las necesidades; desarrollar estudios para determinar el tipo y magnitud de problemas de salud mental en el personal, así como para determinar qué factores (actitudes, estilos de vida, cognitivos, etc.) pueden estar favoreciendo o limitando la adaptación al medio y su calidad de vida.

Se requiere investigaciones cuyos resultados permitan fortalecer no solo los programas de promoción y prevención, sino el ciclo institucional que va desde la incorporación hasta el retiro. Investigaciones que permitan detectar factores de riesgo de forma precoz, para reducir la posibilidad de desarrollo de una psicopatología y, así, en última instancia, reducir la posibilidad de que ocurran nuevos casos. De esta manera la investigación aporta información fundamental para la ejecución de programas efectivos en el mejoramiento de la salud mental de las Fuerzas Militares.

El presente apartado pretende fomentar la investigación juiciosa y metodológica y proponer alternativas para los diferentes retos que presenta la conducta en el contexto militar y, por ende, mejorar los programas de selección, promoción y prevención del personal militar en general.

Dentro de las líneas de trabajo que se plantean en las Fuerzas Militares, están:

- Validar instrumentos de tamizaje, útiles en selección y detección precoz y evaluación clínica del personal.
- Establecer incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y sus factores etiológicos o de riesgo.
- Promover la cultura de investigación en el personal de salud mental de las Fuerzas a través de la conformación de grupos de investigación por áreas específicas de interés.

Considerando que el modelo de atención en salud mental ha cambiado desde una orientación hospitalaria a una comunitaria, por consiguiente, la orientación de la investiga-

ción también cambia. La nueva tendencia es investigar prestando mayor atención a la prevención, la cronicidad, la colaboración entre salud mental y atención primaria, y el entorno de los sujetos en estudio.

A continuación se presenta el diagrama del proceso de investigación, según Hernández, Fernández y Baptista (2002), que servirá de guía para el desarrollo de las mismas en las Fuerzas Militares.

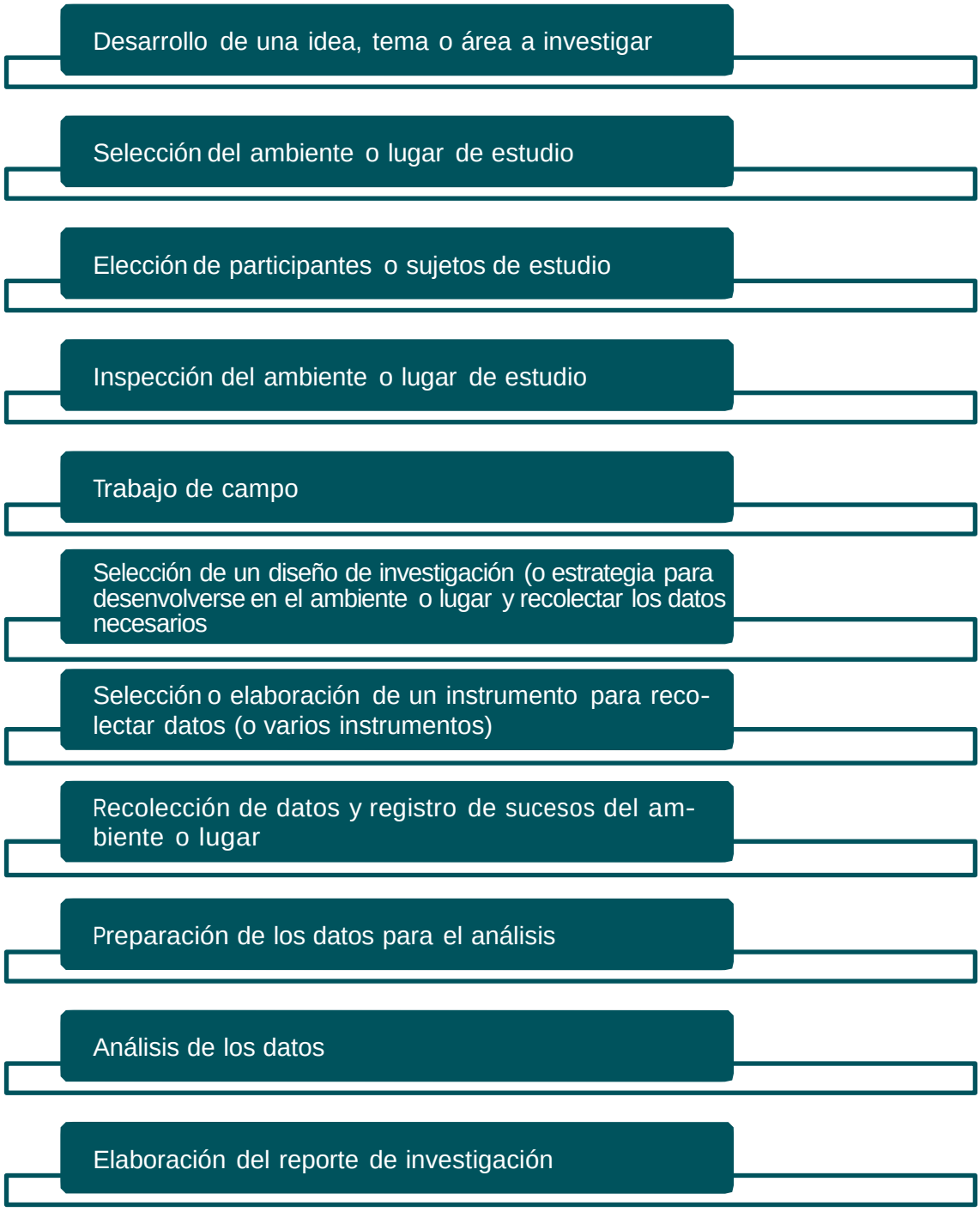


Figura 27. Diagrama del proceso de investigación. Hernández. 2002.

6. INDICADORES: PROCESOS DE EVALUACIÓN E IMPACTO

6.1. Marco de referencia

El Sistema de Información para la Calidad[92] define un indicador como una medida indirecta que identifica áreas de mejoramiento y monitorea los procesos de mejora. Es muy probable que los resultados iniciales de un indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención, pero en la medida que se implemente esta se incrementará.

Propósito de los indicadores de calidad:

1. Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.

2. Promover procesos de mejoramiento en las instituciones.

Al realizar el análisis es necesario, tomar en cuenta que no todos los indicadores cumplen los dos propósitos simultáneamente. Por lo cual en los sistemas de información para la calidad se utilizan dos tipos de indicadores:

- Indicadores basados en registros: El dato es fácilmente verificable y puede dar información acerca del comportamiento de la calidad en el sistema o en la institución.
- Indicadores basados en la búsqueda activa: En los cuales se asume la existencia de grados variables de subregistro, pero que son altamente útiles para desatar procesos de mejoramiento de la calidad en las instituciones.

Todo proceso de desarrollo de un sistema de información pasa por una etapa inicial de mejora de extensión de la cobertura y mejora de la calidad del dato.

Propiedades de los indicadores de calidad

En el caso de la monitorización de la calidad de la atención en salud, las propiedades deseables para un buen indicador de calidad, definidas por el Decreto 1011 de 2006[93] y por la literatura científica en el tema, son:

- Validez: la información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad.
- Confiabilidad: en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- Efectividad: la medida en la cual se constituya en medio para desatar procesos de mejoramiento de la calidad.

6.2. Programas de promoción y prevención

- Indicadores de cobertura
- Conducta de entrada y de salida
- Evaluación por parte de los participantes.

92 Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de Protección Social. Actualización: Enero 2011.

93 Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6.3. Atención clínica en salud mental

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{N° de personas con el evento}}{\text{Población total}}$$

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{N° de casos nuevos}}{\text{Población total a riesgo}}$$

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Tratamientos iniciados	15	10	12										
Sumatoria meses	15	25	37										77

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Tratamientos en proceso	0	8	15	20									
Tratamientos terminados	0	2	4	7									
Tratamientos desiertos	0	5	6	10									
Total	0	15	25	37									77

$$\sum \text{tratamientos iniciados} = \text{tratamientos en proceso} + \text{tratamientos terminados} + \text{tratamientos desiertos}$$

Figura 28. Reporte incidencia, prevalencia, tratamientos. SSFF

6.4. Vigilancia en salud mental SSFM

$$\text{Reporte de morbilidad} = \frac{\text{Número de psicólogos asistenciales que reportan morbilidad}}{\text{Número de psicólogos asistenciales}}$$

$$\text{Reporte de morbilidad} = \frac{\text{Número de psiquiatras asistenciales que reportan morbilidad}}{\text{Número de psiquiatras asistenciales}}$$

$$\text{Presuntos Suicidios} = \frac{\text{Número de muertes por presunto suicidio}}{\text{Población total a riesgo}}$$

$$\text{Prevalencia SPA} = \frac{\text{Número de personas que consume SPA}}{\text{Población total a riesgo}}$$

$$\text{Violencia intrafamiliar} = \frac{\text{Número de casos de violencia intrafamiliar}}{\text{Población total a riesgo}}$$

$$\text{Violencia intrafamiliar en menores de edad} = \frac{\text{Número de casos de violencia intrafamiliar en menores de edad}}{\text{Total casos violencia intrafamiliar}}$$

Figura 29. Reporte morbilidad por número de profesionales.

6.5. Plan maestro integral de salud mental

Con este cuestionario se busca identificar el impacto desde los profesionales del Plan Maestro en el seguimiento de determinadas realidades y problemáticas propias de cada persona que hace parte del sistema.

Con seguimiento, desde los profesionales, se visualizan, para complementar el trabajo que se adelante desde el Plan Maestro, conectando con los elementos del proyecto. El cuestionario se empleará como un instrumento inicial que le permite al proyecto identificar determinadas realidades y problemáticas propias de cada persona que hace parte del sistema.

Acudiendo al seguimiento de estos fenómenos evidenciados en el primer instrumento (encuesta), se plantea un registro longitudinal programado a 12 meses.

CUESTIONARIO EVALUATIVO
PLAN MAESTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL FF. MM.

Reciban un cordial saludo. Luego de implementar estrategias y aprendizajes con los usuarios del subsistema mediante las diferentes etapas, es importante contar con cada una de sus opiniones para elaborar el balance y el análisis desde las reflexiones que, junto con ustedes, podemos construir participativamente, al ser parte fundamental dentro del proceso sus comentarios, inquietudes y opiniones constituyen nuevas formas de fortalecerlo. A continuación, encontrará una serie de ítems que permitirán reconocer el objetivo propuesto anteriormente, agradecemos su significativo aporte al contestar el presente cuestionario.

¿Conoce cada uno de los capítulos y sus contenidos?: SÍ__ NO__

¿Considera que los temas trabajados dentro del proyecto, son pertinentes para los procesos que se adelantan con los usuarios del Subsistema?

¿Qué aprendizajes le fueron más significativos en el desarrollo de los capítulos?

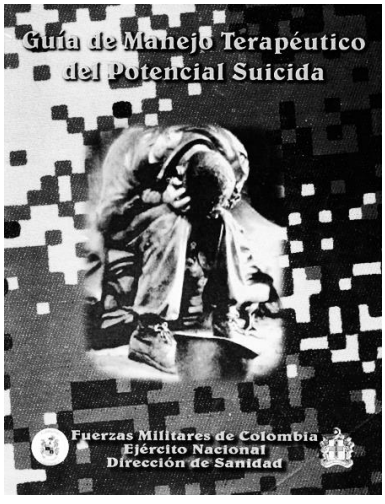
Con lo visualizado en los capítulos ¿estos contribuyen en la lectura e intervención a las problemáticas de los usuarios del Subsistema?

Explique brevemente un caso atendido en el cual haya empleado los conocimientos adquiríos mediante los capítulos.

En su opinión ¿qué temas le gustaría incluir en los capítulos? ¿Por qué?

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS

Figura 30. Cuestionario evaluativo.


Guía de Manejo Terapéutico
del Potencial Suicida
Fuerzas Militares de Colombia
Ejército Nacional
Dirección de Sanidad


FUERZA AÉREA


USTED
NO ESTÁ SOLO

Anexos

Anexo 1.

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL CEREBRO

SUSTANCIAS	DEFINICIÓN	TIPOS DE DROGA
ESTIMULANTES	Intensifican la actividad cerebral, ocasionan un aumento en la agudeza mental, en la atención y en la energia, acompañados por un alza en la presión arterial y un aumento en la velocidad del corazón y en la respiración.	- Anfetaminas - Metanfetaminas - Cocaína - Nicotina - Cafeína - MDMA (Éxtasis)
DEPRESORAS	Los depresores del SNC son sustancias que disminuyen la función normal del cerebro	- Alcohol - Benzodiacepinas - Opiáceos: Heroína - Inhalables - Barbitúricos - Marihuana (dosis bajas)
ALUCINÓGENAS	Distorcionan la forma como se percibe el tiempo, el movimiento, los colores, los sonidos y a sí mismo. Asumiendo aspectos ilusorios y a veces aterradores La capacidad para pensar y comunicarse racionalmente o reconocer la realidad, se entorpece generando, en ocasiones, comportamientos extravagantes o peligrosos. Las emociones fluctúan desenfrenadamente y pueden dar la sensación de estar desconectado y fuera de control.	- LCD - Mezcalina - PCP - Hashish / Marihuana (dosis altas) - Hongos (Psilocibina)

Anexo 2.

LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL CEREBRO

Los psicoactivos son sustancias químicas que infiltran el sistema de comunicación del cerebro interrumpiendo el envío, la recepción y el procesamiento normal de información entre las células nerviosas.

Hay por lo menos, dos maneras de hacerlo:

- Imitando los mensajes químicos naturales del cerebro
- Sobreestimulando el "circuito de gratificación" del cerebro

La mayoría de ellas, de forma directa o indirectamente, atacan al sistema de gratificación del cerebro inundándolo con dopamina. La dopamina al ser un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, las emociones, la motivación y las sensaciones placenteras, normalmente responde a los comportamientos naturales relacionados a la sobrevivencia (comer, pasar tiempo con los seres queridos, etc.), pero cuando es sobreestimulado por las sustancias, produce sensaciones de euforia. Esta reacción inicia un patrón que "enseña" a las personas a repetir el comportamiento de abuso de drogas.

Al continuar el abuso de las drogas, el cerebro se adapta a estas oleadas abrumadoras de dopamina produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores de dopamina en el circuito de gratificación. Como resultado, el impacto de la dopamina sobre el circuito de gratificación se ve disminuido, limitando así el placer que el usuario es capaz de derivar no solo de las drogas, sino también de cosas que anteriormente le causaban placer. Esta disminución obliga al adicto a continuar abusando de las sustancias en un intento por lograr que la función de la dopamina regrese a su nivel normal y puede que necesite consumir una cantidad mayor a fin de elevar la función de dopamina a su nivel normal inicial.

El abuso, a largo plazo, también causa cambios en otros sistemas y circuitos químicos del cerebro. El glutamato es un neurotransmisor que influye sobre el circuito de gratificación y la habilidad para aprender. Cuando el abuso de drogas altera la concentración óptima del glutamato, el cerebro intenta compensar este desequilibrio, lo que puede deteriorar la función cognitiva. Las drogas de abuso facilitan el aprendizaje subconsciente (condicionado), lo que hace que el usuario sienta deseos incontrolables de consumirlas cuando ve un lugar o una persona y los asocia con ellas, aun cuando la droga no está disponible en ese momento. Estudios de imágenes del cerebro de los adictos muestran cambios en las áreas esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento.

SUSTANCIA	¿CÓMO AFECTA AL CEREBRO?
NICOTINA	Al entrar en el torrente sanguíneo, inmediatamente se estimulan las glándulas suprarrenales para que liberen la hormona adrenalina, esta a su vez estimula el (SNC) Sistema Nervioso Central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardiaca. Al mismo tiempo que la glucosa se libera en la sangre, la nicotina suprime la producción de insulina del páncreas, lo que significa que los niveles de glucosa en la sangre en los fumadores se encuentra crónicamente elevados. También aumenta los niveles de dopamina afectando las regiones del cerebro que controlan el placer y la motivación.
ALCOHOL	Afecta diversos neurotransmisores en el cerebro como son el ácido gama-aminobutírico (GABA) el cual lleva al relajamiento y sedación del organismo afectando las áreas relacionadas con el movimiento, memoria, juzgamiento y respiración, y el neurotransmis glutamato, relacionado con la memoria y cognición.
MARIHUANA (THC - delta-9-tetrahidrocanabinol)	El THC actúa sobre sitios específicos en el cerebro llamados receptores canabinoides, disparando una serie de reacciones celulares que, finalmente, termina en el "high" o euforia que algunos consumidores sienten cuando fuman marihuana. Algunas áreas cerebrales tienen muchos receptores de canabinoides; otras tienen pocos o ninguno. La mayor densidad de receptores de canabinoides se encuentran en las partes del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y del tiempo, y el movimiento coordinado.
COCAÍNA	Incrementa la concentración de la dopamina, normalmente, esta es liberada por una neurona en respuesta a una señal placentera y luego reciclada de nuevo a la célula que liberó apagando así las señales entre las neuronas. La cocaína actúa previniendo el reciclaje de la dopamina, causando que se acumule una cantidad excesiva del neurotransmisor. Esto hace que se amplifique el mensaje y la respuesta de la neurona receptora y, por último, perturba la comunicación normal. Este exceso de la dopamina es el responsable de los efectos eufóricos de la cocaína. Cuando se usa de forma repetida, la cocaína puede inducir cambios a largo plazo en el sistema de gratificación del cerebro así como en otros sistemas del cerebro, lo que con el tiempo conlleva a la adicción.
ALUCINÓGENOS	Producen sus efectos inicialmente interrumpiendo la interacción de las células nerviosas con el neurotransmisor serotonina. El sistema de serotonina se encuentra distribuido a lo largo del cerebro y la médula espinal y ayuda a gobernar los sistemas conductual, perceptivo y regulatorio, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, la conducta sexual, el control muscular y la percepción sensorial, también actúan a través de un tipo de receptor de glutamato en el cerebro que es importante en la percepción del dolor, las respuestas al entorno, y en el aprendizaje y la memoria.
HEROÍNA	Al entrar al cerebro se convierte en morfina y se adhiere a receptores conocidos como receptores opioides, localizados en muchas áreas del cerebro y del cuerpo, especialmente en áreas involucradas en la percepción del dolor de la gratificación y en el tallo cerebral, que controla procesos autónomos esenciales para la vida como la respiración, la presión arterial y la excitación. Con frecuencia, la sobredosis de heroína implica la supresión de la respiración.
INHALANTES	Al desplazar el aire en los pulmones, los inhalantes le quitan el oxigeno al organismo, esta hipoxia puede lesionar las células corporales, siendo las células del cerebro especialmente vulnerables. Los síntomas de hipoxia cerebral varían de acuerdo a la región del cerebro afectada. El uso, a largo plazo, de inhalantes puede descomponer la mielina, el tejido graso que forma la envoltura protectora de algunas fibras nerviosas; al dañarse la mielina se pueden presentar espasmos musculares y temblores, incluso puede haber dificultad permanenta para realizar actividades básicas como caminar, agacharse y hablar.
ÉXTASIS (MDMA -3, 4-metilenedioximetanfetamina)	La MDMA ejerce sus efectos primarios en las neuronas del cerebro que usan el neurotransmisor químico llamado serotonina, para comunicarse con otras neuronas. Este sistema interviene en la regulación del estado de ánimo, la agresión, la actividad sexual, el sueño, y la sensibilidad al dolor. La MDMA se une y bloquea al transportador de serotonina, que es el responsable de remover la serotonina de la sinapsis, para extinguir la señal entre las neuronas, prolongando la señal de la serotonina. La MDMA también entra a las neuronas serotonérgicas a través del transportador (porque la MDMA tiene una estructura química similar a la serotonina). Allí causa una liberación excesiva de serotonina de las neuronas. La MDMA tiene efectos similares sobre otro neurotransmisor la norepinefrina, por lo que puede aumentar la frecuencia cardiaca y la presión arterial. Además, la MDMA también libera la dopamina, pero en mucho menor medida.

Anexo 3.

PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE Y EL CONDICIONAMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

	Adicción	Aplicación a las técnicas
Estímulo condicionado	- Reiteradas asociaciones de ciertos eventos, estados emocionales o señales, con el uso de una sustancia, producen ansias de consumirlas. - Con el tiempo, el consumo de alcohol u otras sustancias se asocian con aspectos tales como dinero, ciertos implementos, lugares particulares, personas, horas del día, emociones. - Ocasionalmente, la exposición a esos aspectos produce ansias o impulsos de consumir tales sustancias.	- Comprender e identificar los "desencadenantes" (señales condicionadas). - Comprender cómo y por qué ocurren las "ansias de consumir". - Aprender estrategias para evitar la exposición a desencadenantes. - Manejar las ansias para reducir/eliminar los impulsos condicionados de consumir.
Condicionamiento operante	- El uso de una sustancia es una conducta que se afianza (refuerza) por el estímulo o reforzamiento positivo que proviene de las propiedades farmacológicas de la misma. - Al llegar a la etapa de adicto, el consumo de la sustancia se mantiene por el refuerzo negativo de reducir o evitar los síntomas molestos por la abstinencia/privación.	- Análisis funcional–identificar situaciones de alto riesgo y determinar los reforzadores. - Examinar las consecuencias del consumo a corto y largo plazo para reforzar la determinación de permanecer abstemio. - Programar el tiempo y recibir recompensa. - Generar reforzadores significativos alternativos al uso de sustancias.
Modelamiento	- El modelamiento es un factor importante en la iniciación al consumo de sustancias. - Durante la adolescencia, el modelamiento es, a menudo, el factor principal en la forma como otros jóvenes promueven la experimentación con sustancias.	- Los consultantes aprenden nuevas conductas a través de juego de roles. - Habilidades de rechazo de sustancias. - Observar nuevas estrategias del modelo clínico. - Practicar esas estrategias.

Anexo 4.

TABLA ANÁLISIS FUNCIONAL

Situación antecedente	Pensamientos	Sentimientos y emociones	Conducta	Consecuencias
¿Dónde estaba? ¿Con quién estaba? ¿Qué estaba ocurriendo?	¿Qué estaba pasando?	¿Cómo me sentía? ¿Qué sensaciones tenía?	¿Qué hice? ¿Qué consumí? ¿Cuánto consumí? ¿Qué complementos utilicé? ¿Qué hacían otras personas en ese momento?	¿Qué pasó después? ¿Cómo me sentí luego? ¿Cómo reaccionaron las otras personas? ¿Alguna otra consecuencia?

Anexo 5.

PREGUNTAS ÚTILES PARA EXPLORAR RIESGO SUICIDA

Preguntas que pueden ser útiles en indagar sobre aspectos específicos de los pensamientos, planes y comportamientos suicidas [94]
Sentimientos del paciente acerca de la vida
¿Alguna vez ha sentido que no vale la pena vivir?
¿Alguna vez ha deseado dormir y ya no despertar?
Ideación suicida
¿Ha pensado últimamente en la muerte?
¿Las cosas nunca han llegado al punto en que usted haya pensado en hacerse daño?
Para las personas que tienen pensamientos de autolesión o suicidio
¿Cuándo se dio cuenta de tales pensamientos?
¿Qué le llevó a tener esos pensamientos (por ejemplo, precipitantes interpersonales y psicosociales, incluidas las pérdidas reales o imaginarias, síntomas específicos, tales como cambios de humor, anhedonia, desesperanza, ansiedad, agitación, psicosis)?
¿Con qué frecuencia ha ocurrido esos pensamientos (incluyendo la frecuencia, la calidad obsesiva de control)?
¿Qué tan cerca ha estado de llevar esos pensamientos a la acción?
¿Qué posibilidades cree usted de que lo pueda realizar en el futuro?
¿Alguna vez ha estado a punto de hacerlo pero se detuvo (por ejemplo, tener un cuchillo o una pistola cerca de su cuerpo pero parar antes de actuar, ir al borde del puente, pero no saltar)?
¿Qué pasaría si usted muere? (por ejemplo, la fuga, reencuentro con la pareja, el renacimiento, las reacciones de los demás)
¿Ha hecho un plan específico para hacerse daño o matarse? (Si es así, ¿qué plan incluye?)
¿Tiene armas de fuego u otras armas a su disposición?
¿Ha hecho alguna preparación especial (por ejemplo, la compra de determinados artículos, escribir una nota, hacer los arreglos financieros, tomar medidas para evitar ser descubierto, ha ensayado el plan)?
¿Ha hablado con alguien acerca de sus planes?
¿Cómo ve el futuro para usted?
¿Qué cosas le harían sentir más (o menos) optimista sobre el futuro (por ejemplo, el tratamiento, la reconciliación de la relación, la resolución de los factores estresantes)?
¿Qué cosas haría más (o menos) probable el suicidio?
¿Qué cosas en su vida lo llevarían a querer escapar de la vida y estar muerto?

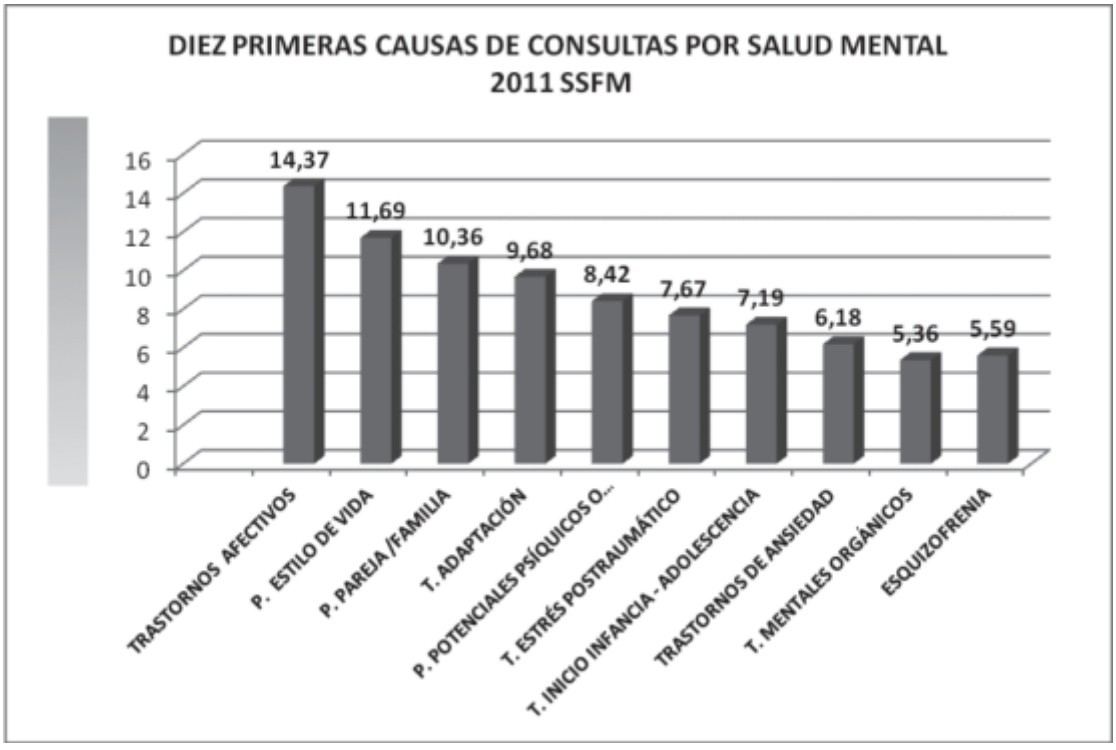
94 Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors, American Psychiatric Association. 2003.

¿Qué cosas en su vida le hacen querer seguir viviendo?
Si comienza a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida, de nuevo ¿qué haría?
Para las personas que han intentado suicidarse o han incurrido en la acción dañina para sí mismo (s), paralelas a las preguntas en la sección anterior, puede abordarse el intento.
¿Puede describir lo que pasó (por ejemplo, las circunstancias desencadenantes, vistas a futuro, el uso de alcohol u otras sustancias, el método, la intención, gravedad de la lesión)?
¿Cuáles fueron los pensamientos que usted tenía previos al intento?
¿Qué cree que hubiera pasado si hubiera muerto?
¿Había otras personas presentes en el momento?
¿Después del intento buscó ayuda o alguien lo ayudó?
¿Había planeado ser descubierto o lo encontraron por casualidad?
¿Cómo se sintió después (por ejemplo, alivio o pesar por estar vivo)?
¿Recibió tratamiento posterior (por ejemplo, médicos psiquiátricos, servicio de urgencias)?
¿Desde su punto de vista, considera que las cosas han cambiado o son algo diferente para usted desde el intento?
¿Ha tenido otros intentos de suicidio?
Para las personas con reiterados pensamientos o intentos de suicidio
¿Con qué frecuencia ha tratado de hacerse daño?
¿Cuándo fue la última vez?
¿Puede describir sus pensamientos en el momento en que estaba pensando más seriamente en el suicidio?
¿Cuál ha sido el intento más serio de hacerse daño o quitarse la vida? ¿Qué lo llevó a él y qué sucedió después?
Para las personas con psicosis, preguntar específicamente acerca de las alucinaciones y los delirios ¿Puede describir las voces?
¿Qué dicen las voces (por ejemplo, los comentarios positivos, negativos, amenazas)? (Si las observaciones son comandos, determinar si son de los actos inofensivos frente a los nocivos; pedir ejemplos).
¿Cómo hace frente a (o responder a) las voces?
¿Alguna vez ha hecho lo que las voces le piden hacer? (¿Qué lo llevó a obedecer las voces? ¿Si usted trató de resistir, qué lo hizo difícil?)
¿Ha habido momentos en que la voz le dijo que se hiriera o se matara? (¿Con qué frecuencia? ¿Qué pasó?)
¿Le preocupa tener una enfermedad grave o que su cuerpo se esté pudriendo?
¿Está preocupado por su situación financiera, incluso cuando otros le dicen que no hay nada de qué preocuparse?
¿Hay cosas que lo han estado haciendo sentir culpable?
Considere la posibilidad de evaluar el potencial del paciente para dañar a otros además de él o ella misma
¿Hay personas que usted piensa son responsables de lo que está experimentando (por ejemplo, ideas de persecución, las experiencias de pasividad)?
¿Ha tenido pensamientos relacionados con hacerles daño?
¿Hay otras personas que quieren morir con usted?
¿Hay personas que usted piensa no podrían seguir sin usted?

Anexo 6.

CONSULTAS REPORTADAS POR SALUD MENTAL 2011

CONSULTAS POR PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA SSFM 2011



Anexo 7.

INTRODUCCIÓN AL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL[95]

A continuación, se exponen algunos aspectos básicos del modelo:

- Enseñar y entrenar al consultante en el aprendizaje de nuevas habilidades para el cambio conductual y el autocontrol.
- Un buen clínico en TCC es un maestro, un entrenador, un "guía" para la recuperación, un proveedor de reforzamiento y apoyo, y una fuente de información correctiva.
- La TCC efectiva requiere un clínico empático, que pueda entender realmente los difíciles desafíos de las recuperaciones.
- El clínico en TCC tiene que procurar un equilibrio entre:
  - Ser un buen oyente y hacer todas las preguntas necesarias y correctas para entender al consultante.
  - Enseñar nueva información y habilidades.
  - Brindar orientación y promover expectativas.
  - Reforzar pequeños pasos de progreso y brindar apoyo y estímulo en caso de recaída.
- El clínico en TCC tiene que lograr también un equilibrio entre:
  - La necesidad del consultante de tratar los temas que para él son importantes en su vida.
  - La necesidad del clínico de enseñar nueva materia y examinar el cumplimiento de las tareas.
- El clínico tiene que ser flexible para tratar las crisis que se presenten, pero no dejar que cada sesión sea una "sesión de manejo de crisis".
- El clínico es una de las fuentes más importantes de reforzamiento positivo para el consultante durante el tratamiento.
- Es esencial que el clínico mantenga una postura no enjuiciadora ni de crítica.
- Las habilidades de entrevista motivacional son extremadamente valiosas en la TCC.

CÓMO CONDUCIR UNA SESIÓN DE TCC

- La TCC puede realizarse en sesiones individuales o grupales.
- Las sesiones individuales permiten análisis más detallados y la enseñanza directa con cada consultante.
- Las sesiones en grupo permiten a los consultantes aprender unos de otros sobre el uso exitoso de las técnicas de TCC.
- Las sesiones duran 60 minutos.

Cómo organizar una sesión de TCC: La regla 20/20/20

- Las sesiones de TCC son muy estructuradas con el clínico, asumiendo una posición muy activa.
- Las sesiones de 60 minutos se dividen en tres segmentos de 20 minutos cada uno.
- La empatía y la aceptación del consultante deben equilibrarse con la responsabilidad de enseñar y entrenar.

95 Memorias primer seminario de prevención del consumo de sustancias psicoactivas FF. MM.- entrenamiento en la estrategia TREATNET. Noviembre 2010

- Evitar ser directivo y permanecer pasivo.
- Evitar ser rígido y mecánico.

Primeros 20 minutos

- Definir la agenda de la sesión.
- Centrar la atención en comprender las preocupaciones actuales del consultante (emocionales, sociales, cognitivas, físicas o relacionadas con el entorno).
- Centrar luego la atención en el estado general de bienestar y desempeño del consultante.
- Revisar y evaluar la experiencia del consultante con los ejercicios prácticos.

Siguientes 20 minutos

- Introducir y discutir el tema central de la sesión.
- Relacionar el tema de la sesión con las inquietudes o preocupaciones actuales del consultante.
- Asegurarse de estar en el mismo plano con el consultante y de su comprensión sobre la materia y los conceptos relacionados con la temática.
- Practicar las habilidades.

20 minutosfinales

- Explorar la visión del consultante sobre el tema y sus reacciones ante él.
- Asignar ejercicios prácticos para la semana.
- Revisar los planes del consultante para los días siguientes y prever las situaciones potenciales de alto riesgo.
- Usar un esquema de programación (agenda) para concebir un plan conductual para el periodo siguiente.
- Retos para el clínico
- Dificultad para permanecer centrado si el consultante quiere desviar su atención hacia otros temas.
- La regla de 20/20/20, especialmente si el consultante no ha hecho la tarea. El clínico quizás tenga que ocuparse de ayudar a resolver el problema que ha impedido hacer la tarea.
- Conducir las sesiones de una manera flexible, para que el estilo no se vuelva mecánico.

PRINCIPIOS PRÁCTICOS DE LA TCC

Adaptar el contenido a las necesidades del usuario

- La TCC es altamente individualizada/personalizada.
- Se debe adaptar los contenidos, los ejemplos y la asignación de ejercicios prácticos a las necesidades específicas del consultante.
- Se debe avanzar en forma pausada, para asegurar que el consultante entienda y asimile los conceptos y no pierda el interés con una disertación o discusión excesivas.
- Utilizar los ejemplos específicos ofrecidos por el consultante para ilustrar los conceptos.

Repetición

- Los hábitos suelen estar profundamente arraigados.
- Incorporar nuevos aprendizajes en situaciones crónicas o antiguas puede requerir varios intentos.
- Es necesario repetir los conceptos básicos para asegurar su correcta asimilación (por ej., desencadenantes, ansias, situaciones de alto riesgo, etcétera.)
- A veces, es necesario repetir sesiones completas o partes de ellas.

Práctica

- El dominio de nuevas habilidades requiere tiempo y práctica. El proceso de aprendizaje a menudo implica cometer errores, asimilar lecciones de esos errores, y tratar de nuevo una y otra vez.
- Es importante que los usuarios tengan la oportunidad de probar nuevas estrategias.
- Dar razones claras.
- Los clínicos no deben esperar que un consultante practique una habilidad o haga un ejercicio asignado sin entender claramente para qué le puede servir.
- Los clínicos deben señalar constantemente la importancia de practicar por fuera de las sesiones lo que el consultante aprende en ellas, explicándole las razones para hacerlo.

Expresarse claramente, con términos simples

- Usar un lenguaje apropiado para el nivel educativo y la capacidad de comprensión del consultante.
- Confirmar frecuentemente con el consultante para asegurarse que entiende los conceptos y los considera adecuados a su situación.

Monitorear

Monitoreo: Hacer seguimiento a los esfuerzos del consultante para practicar los ejercicios asignados y verificar su realización. Implica conversar con el consultante acerca de su experiencia con las tareas indicadas, de tal forma que se puedan atender los problemas o dificultades durante las sesiones.

Elogiar las aproximaciones

Los clínicos deben tratar de moldear y mejorar los comportamientos del consultante, manifestando su reconocimiento y estímulo a los pequeños avances en los ejercicios prácticos, y resaltando todo lo que muestre ser útil o benéfico para el consultante.

Ayudar a superar los obstáculos para las tareas asignadas

El fracaso en la implementación de estrategias de manejo por fuera de las sesiones puede tener distintos significados (ej., sentir desesperanza). Explorando la naturaleza específica de las dificultades del consultante, el clínico pueden ayudarle a superarlas.

Quéhaceineficaz laTCC

Los extremos de estos dos estilos opuestos pueden hacer ineficaz la terapia cognitiva conductual:

- Un enfoque terapéutico no directivo o pasivo.
- Un enfoque muy directivo o mecánico.

Anexo 8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKISKAL H.S., CETKOVICH-BAKMAS M.G., GARCÍA-BONETTO G., STREJILEVICH S.A., VÁSQUEZ G.H. Trastornos bipolares: conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Panamericana: Buenos Aires, 342p. 2006

ALGIO DE LEÓN USTA. Director Departamento Administrativo Distrital de Salud, Guía para la atención médica CHF INTERNACIONAL - COR

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM – IV) 4a de Washington D. C. 1994.

____. Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos COMPENDIO 2004. Ars Médica: Barcelona, 195ps 2004

____. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors, 2003

ANTONI M.H., SCHNEIDERMAN N. FLECHTER M.A. y GOLDSTEIN D.A. Psychoneuroinmunology and HIV-1. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 38-49. 1990.

ARÓN, A. & LLANOS, M. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional. 2004

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones. Cuadernillos técnicos No. 6 Madrid, 117ps. 2002.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición (DSM IV). Masson: Barcelona, 1995.

AUSLANDEN y LIRWIN. Redes sociales. 1987.

BALDWIN DS, ANDERSON IM, NUTT DJ Y COLS. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of psychopharmacology; 19(6): s67-96. 2005.

BALLESTER. La práctica de la psicología de la salud: Programas de intervención (pp. 207-248). Valencia: Promolibro.

BALLESTEROS, R. Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide. 1994

BARATAS D., MONTESERÍN F, PAREJO M. PEÑA, C., POLO, A., ROBLEDO, J.M. Programa marco de intervención psicológica con afectados por VIH/Sida. Ansiedad y Estrés, 2, 69-82. 1996.

BARO, Ignacio. Psicología social de la guerra: trauma y terapia. UCA Editores. 1990.

BARRA, E. Psicología de la SALUD. Buenos Aires. Ed. Mediterráneo. 2003

BARTELS SJ, Pratt SI. Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. Current Opinion in Psychiatry 22:381–385. 2009.

BAYÉS, R. Sida y psicología: realidad y perspectivas. Revista de Psicología General y Aplicada, 47, 125-128.1994.

BAYÉS, R., y BORRAS, F. J. Psiconeuroinmunología y salud. En M.A. Simón (Ed.), Manual de psicología de la salud. Madrid: Biblioteca Nueva. 1999.

BEGOÑA, E. Bases teóricas que sustentas los programas de prevención de drogas. Minis-

terio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. España. 2002

BRANNON, L. Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo. 2000.

BREKKEL J.S., Hoe M., Green M.F. Neurocognitive change, functional change and service intensity during community-based psychosocial rehabilitation for schizophrenia. Psychological Medicine 39, 1637–1647. 2009.

BRONFENBRENNER, U. Ecología del desarrollo humano. Ediciones Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1987.

BRYAN C.J., KANZLER KE; DURHAM TL Y COLS. Challenges and considerations for managing suicide risk in combat zones. Military Medicine; 175 (10): 713-718. Oct 2010.

BUELA-CASAL, G; FERNÁNDEZ-RIOS, L; CARRASCO GIMÉNEZ, T. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Ediciones Pirámide. Barcelona, España. 1997.

CABALLO, VICENTE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI. 1993.

____. Kaplan. BJ, SadockVA. Comprehensive textbook of psychiatry. LWW: New York, 2000.

____. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide. 2006.

____. Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos vol I y II. Editorial Siglo XXI. 2007.

____. Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta. Siglo XXI Editores; 2008.

CABODEVILLA, I. Vivir y morir conscientemente. España: Bilbao. Descelée de Brower. 2002.

CAICEDO MUÑOZ Silvia Cristina. Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia.

CASADO, F.D. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Apuntes de Psicología, 20, 403-414. 2002.

CICATELLI ASSOCIATES INC. Taller para capacitadores/as: abordaje andragógico del módulo de derechos sexuales y reproductivos con énfasis en VIH/sida del mup. Manual del participante. Equipo de Desarrollo Curricular Cicatelli Associates Inc.: Bárbara Cicatelli, MS, Rusty Chambliss, MS. Juliana Meneses, MD. Tony Jiménez, MD. Tom Webster, MA. Lic. Jairo Pedraza. Ernie Aguilar, PhD Bogotá, Colombia. 2011.

CIE10 Clasificación de trastornos mentales 10th Edition.

CLARK DAVID. El Cerebro y la Conducta. Editorial Manual Moderno, 2005.

COBB S. & JONES M. Social support, support groups and marital relationships. London: Duck S. ed. 1984.

COOLICAN, HUGH. Métodos de investigación y estadística en psicología. 3 Edición, Editorial Manual Moderno, 2006.

COSTA, M. LÓPEZ, E. Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid. Ed. Pirámide. 2008.

CHOROT, P., y SANDÍN, B. Escala Conductual de Ansiedad – Estado (ECAE). Psiquis, 6, 115-120. 1985.

DANIEL SS, GOLDSTON DB. Interventions for suicidal youth: A review of literature and development considerations. Suicide Life Threat Behav. 2009 June; 39(3): 252-269.

DAVIDSON JR, ZHANG W, CONNOR KM, Y COLS. Review: A psychopharmacological treatment algorithm for generalised anxiety disorder (GAD). J Psychopharmacol 2010; 24;3. http://jop.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/1/3

DELGADO, J.M.R. "Mi cerebro y yo". Colección Fin de Siglo. Serie Mayor. Madrid. 1994

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL. Guía de orientaciones para atención en salud mental y trabajo psicosocial a población. Guía de vida saludable. Volumen 3. Bogotá, D. C.: Imprenta y Publicaciones FF. MM. 2008.

____. Guía de manejo terapéutico del potencial suicida. Volumen 1. Bogotá, D. C.: Imprenta y Publicaciones FF.MM. 2010.

____. Guía de Manejo Terapéutico Básico de la Familia. Volumen 1. Bogotá, D. C.: Imprenta y Publicaciones FF.MM. 2009.

DIRECCIONES DE SANIDAD EJÉRCITO, ARMADA NACIONAL, FUERZA AÉREA, BATALLÓN DE SANIDAD, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, INSSPONAL, UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA. Proyecto Plan Maestro de Salud Mental. Santa Fe de Bogotá. 1995.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Plan Maestro de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia, 2007 – 2010. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia. 2007.

____. Reporte consolidado de las estadísticas reportadas por las DISANES y HOMIC. 2010

____. Memorias primer seminario de prevención del consumo de sustancias psicoactivas FF. MM. - entrenamiento en la estrategia TREATNET. Noviembre 2010

DRIP División de referencia de Información Pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Datos 2009.

DURAND, M. y BARLOW, D. Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal. México: Cengage Learning. 4ª. Ed. 2007.

En:www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIO - NES/libro%electronico%20de%20temas%20 de% Urgencia/17.Psiquiátricas.

ENDSLEY, M. y GARLAND, D. Situation awareness: analysis and measurement. 2000.

ESTUPIÑÁN, J. y HERNÁNDEZ, A. Conferencia Familia de la vulnerabilidad al desarrollo, Modelo solidario de inclusión y atención de familias. 2006.

FERNÁNDEZ, G. V.; MURCIA, P. E.; SINISTERRA, A. J.; CASAL, A. C.; GÓMEZ, E. M. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias; 21: 121-132. 2009

GÁLVEZ, J. F. Manejo del Trastorno Bipolar: Guías Prácticas basadas en la Evidencia Clínica. Instituto Especializado en Salud Mental, Armenia, 2007.

GALLAR, M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 4ª Edición. Madrid: Thomson Paraninfo. 2006.

GALLO, R. C. Virus hunting AIDS, cancer, and the human retrovirus: a story of scientific discovery. New York: Basic Books. 1991.

GARCÍA PRADA, J. M. Condiciones y procesos del «buen envejecer», argumentos contra el modelo deficitario. 1997.

GARCÍA, Enrique. Piaget: La formación de la Inteligencia. México. 2ª Edición. 2.001

GARZÓN, M. Guía de manejo de depresión. (Documento no publicado). HMC: Bogotá, 2011.

GARZÓN, M. Guía de Manejo Trastorno de Estrés Postraumático. (Documento no publicado). HMC, 2011.

GELENBERG, J. A.; FREEMAN, M. P.; J. C. MARKOWITZ, ET AL. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Third Edition. American Psychiatric Association: New York, 2010. 152 ps. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx.

GERMER, C.; SIEGEL, R. & FULTON, P. Mindfulness and psychotherapy. New York: The Guilford press. 2005.

GIMENO SACRISTÁN, José. El significado y la función de la educación en la sociedad y cultura globalizadas y la educación en la sociedad de la información. La orientación de un nuevo discurso, en La Educación que aún es posible. Ensayos acerca de la cultura para la educación. Ediciones Morata S.L. pp. 15-62. 2005.

GODOY, J. F. Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M.A. Simón (Ed.), Manual de psicología de la salud (pp. 77-114). Madrid: Biblioteca Nueva. 1999.

GONZÁLEZ, ANDRÉS. La atención y sus alteraciones. Editorial Manual Moderno, 2006.

GONZÁLEZ, A.; RODRÍGUEZ, A.; ARISTIZÁBAL, A. y COLS. Suicidio y Género en Antioquia. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 39. No. 2. 2010

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Gali-

cia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf.

GUZMÁN, I. Situación actual y propuesta para la estructuración del centro de rehabilitación integral para el paciente con discapacidad mental. Batallón de Sanidad Ejército Nacional. Documento no publicado. 2008.

HERNÁNDEZ CÓRDOBA, A. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Ed. El Buho. 2001.

_____. Conferencia Familia, ciclo vital y Criterios de evaluación de la dinámica familiar. 2006.

HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ & BAPTISTA. Metodología de la investigación. México: McGrawhill. 2002.

HIRSCHFELD R.M.; CASS, R.A.; HOLT, D. C.; CARLSON, C. A. Screening for Bipolar Disorder in Patients Treated for Depression in a Family Medicine Clinic. J Am Board Fam Pract 2005; 18:233–9.

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

HUGH, COOLICAN. Métodos de investigación y estadística en psicología. 3 Edición, Editorial Manual Moderno, 2006.

IBÁÑEZ ROJO, VICENTE. Consecuencias Psicológicas y Psiquiátricas de la Guerra. Disponible en www.http.psicologiadelaguerra/elmédicoinformeygestión guerra.com

ICBF – OIM. Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en PARES y en clubes prejuveniles y juveniles. Diciembre 2008

INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Forensis: Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. 2010

JACOBS, D. Work Group on Suicidal Behaviors. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association: Washington, 2003.

JAHODA, citado por Lunch en Construcción de una escala para evaluar salud mental. 1999

JONES, CH y otros. The futures of the family. New Jersey: Prentice Hall. 1995

JUFE, G. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. En: Wikinski, S.; Jufe, G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Panamericana: Buenos Aires; 167-192. 2006

KAPLAN & SADOCK. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición. 2008.

KARSCHNIG. Calidad de vida de los trastornos mentales. España. 2006.

KLEIN, N. La doctrina del shock. Barcelona: Paidos. 2007

KLEINBAUM, D.G.; Kupper, L.L.; y Morgenstern, H. (1982). Epidemiologic research. Belmont: Lifetime Learning Publications.

KOVALIK, SUSAN. Los maestros hacen la diferencia.

LASPAU. Adaptación Intercultural. Obtenido de www.laspau.harvard.edu.2006

LABRADOR, F. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dikinson. 2000.

LAWRENCE, LE SHAN. Psicología de la guerra; Editorial Andrés Bello, 1995.

LAZARUS, R. S. y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. 1986.

LAZARUS, R. S. y Lazarus, B. N. Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Paidos. 2000

LAZARUS, R. S. Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Descleé de Brouwer. 2000.

LEÓN SILVA, L., JAVIER. Guías para manejo de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá. 1998.

LEZAK, M. The problem of assessing executive functions. International Journal of Psychology, 17, 281 – 297. 1983.

LIN, N. Conceptualising social support. En N. Lin, A. Dean y T. W. Ensel (eds.), Social support, life events and depression. Nueva York: Academic Press. 1986.

LUECKEN, L. J.; SUÁREZ, E. C.; KUHN, C.M.; BAREFOOT, J. C.; BLUMENTHAL, J. A.; SIEGLEL, I. C. y WILLIAMS, R. B. Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. Psychosomatic Medicine, 59, 352-359. 1997.

DAVIS, M.; MCKAY, E. R. y ESHELMAN. Técnicas de autocontrol emocional.

MACK, A.H.; HARRINGTON, A.L.; FRANCES, R. J. Clinical Manual for Alcoholism and Adictions. American Psychiatric Publisher; Washington, 288 ps. 2001.

MADOZ, G. C.; MARTÍNEZ, M. M.; OTAÑO, M. El paciente agitado. Libro electrónico de temas de urgencias.

MALCOLM, KNOWLES. The adult learner a neglected species- El aprendiz adulto, una especie olvidada.

MARKS, MURRAY, EVANS, WILLING, WOODALL y SYKES. Psicología de la salud. México: Manual moderno. 2008

MARTÍN, 1995. Citado por ICBF–OIM. Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes en pares y en clubes prejuveniles y juveniles. Diciembre 2008

MARTÍNEZ, E. Hacia una Prevención con sentido. Ediciones CAA. 2003.

MARTÍNEZ, P. Factores de riesgo del conflicto marital. Suma Psicológica. 2, 1. 69-103. 1995

MATURANA, Humberto: "El sentido de lo Humano". Ed. Dolmen. 1996.

MCNAB. CHRIS. Técnicas de resistencia. Ed. Libsa. 2002

SUICIDE AND SUICIDAL BEHAVIOR: Patient Education http://www.mdconsult.com/das/patient/body/231108979-4/0/10041/36.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política de la Salud Mental para Colombia. Bogotá. 2005.

_____. Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Documento-Propuesta para discusión y acuerdos. Bogotá. 2007

MINISTERIO DE SALUD. Instituto Nacional de Salud, Universidad de Caldas. La realidad familiar en Manizales. Santa fe de Bogotá: INS; 1994.

_____. Vida, Salud y paz: Epidemiología de la violencia en Colombia. En: Compromisos Ciudadanos por la convivencia pacífica; 1998.

MIRA Y LÓPEZ, Emilio. El significado de la Guerra. Disponible en www.http.psicologia-delaguerra/textosenideasapiens/. 2001.

MONTERO Y LEÓN. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 2, Nº 3, pp. 525-532. 2002.

MONTERO, M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires, Paidós. 2003.

MORIN, S. F., CHARLES, K. A., y MALYON, A. K. The psychological impact of AIDS on gay men. American Psychologist, 39, 1288-1293. 1984.

MOTTA. Redes sociales, fundamentos conceptuales. 2000.

MRAZEK, P.J.; HAGGERTY, R.J. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive intervention research. Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press. 1994.

MUÑOZ & TIRAPU. Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. Revista neurológica. 41. 177–186. 2005.

MURUETA y GUZMÁN. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. Amapsi Editorial. México. 2009

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. Depression: The treatment and management of depression in adults. NICE Clinical Guideline 90: Disponible en http://www.nice.org.uk/CG90.London, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE. Violence: The short term management of disturbed/violente behavior in in-patient psychiatric settings and emer-

gency departments. Royal College of Nursing, London: 2006.

NEMEROFF., CHARLES. Recognition and Treatment of psychiatric disorder. 2002.

NIDA. Info Facts: El abuso de drogas y la adicción. Enero 2009

NUTT, D.J.; DAVIDSON, J.R.; GELENBERG, A.J. ET AL. International Consensus Statement on Major Depressive Disorder. J Clin. Psychiatry 2010; 71[suppl E1]:e08. Resumen disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20371035.

ORBACH, I. Self-destructive process and suicide. Isr J Psychiatry Relat Sci;44(4): 266–279. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Yakarta para la promoción de la salud. Ginebra. 1997.

_____. Financiación de los sistemas de salud. Ginebra. 2010.

_____. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (1991). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1ª reimpresión. Panamericana: Madrid, 2004.

____. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002.

_____. Prevención de los trastornos mentales, intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra. 2004.

____. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia en las Américas. Washington: OPS 1996

_____. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. Vol. Epidemial; 11: 1-7. 1990.

____. Modelo de atención a la salud: Construcción de Redes y Servicios: Análisis de competencias y recursos de Salud Mental en el SGSSS. Bogotá, 2003.

ORO, ÓSCAR. En colaboración con Sosa Adriana, Torrijos Sandra, Vigo Marta. Psicología Preventiva y de la Salud. Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia "Víctor E. Frankl". 2001.

ORTIZ, T. citado por PATTERSON, J. Families experiencing stress family. Syst Med 1988; 6(2):200-30

_____. Citado por PATTERSON, J. Families experiencing stress family. Syst Med; 6(2):200-30. 1988.

ORTIZ, G. Bioética y psicología de la salud citado en Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica. Ed. Flórez, Botero y Moreno. Colombia. 2005.

PASCUAL, L. M., y BALLESTER, R. La práctica de la psicología de la salud: Programas de intervención. Valencia: Promolibro. 1997.

PASCUAL, P. A.; MORENO, S. & LÓPEZ, C. El paciente suicida. Guías clínicas Finisterra. 2005.

PEREIRA, MAO. Psychosocial rehabilitation in mental health care: strategies under construction. Rev. Latino-am Enfermagem; 15(4):658-64. 2007.

PÉREZ, E.; MUÑOZ, M. y AUSIN, B. Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos. 2003.

POSADA, J.; GÓMEZ L.F.; GÓMEZ, L.C. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social: Cali, 62 ps. 2005.

POSADA, J. Agotamiento Profesional. 2011.

POSNER, M. Cronometric explorations of mind. Hillsdat, N.J.: Lawrence Enbaum Associates. 1976

RAPHAEL, B. Preventive intervention with the recently bereaved. Archives of general psychiatric. 1977.

RAMSAY, R. W. Behavioral approaches to bereavement. Behav. Res.Therapy. 1977.

RESTREPO, F. Atención primaria en salud: un reto para la psicología en Colombia. En: L. Flórez (Ed.), Psicología de la salud en Colombia (Vol. I.). Bogotá: Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. 1992

REYNOSO Y SELIGMAN. Psicología clínica de la salud. 2005.

RICHARD J. GERRIC y PHILIP G. ZIMBARDO. Sentido de los vínculos para la consecución de un objetivo. 2005.

ROBERT, L. TAYLOR. Enmascaramiento psicológico.

ROJAS, MARGARITA. El Cerebro Trino de Paul McLean Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura Universidad Central de Venezuela. 2002.

ROSENBERG, M. Society and the adolescent self-image. Princeton, N. J. University Press. 1965.

ROSSLER W. Rehabilitación psiquiátrica hoy: una perspectiva general. World Psychiatry; 4: 151-157. 2006.

RUEDA, F. Guía sobre la prevención de suicidio para personas con ideación suicida y sus familiares. Servicio Andaluz de Salud, 2010.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric.

SABOGAL, G. MIGUEL. Guías para el manejo de las principales psicopatologías. Asociación Colombiana para la Salud Mental. Cartagena. 2006.

SAGAN, C. Los Dragones del Edén, Ed. Grijalbo, Bogotá, 1983.

SALVADOR, GLORIA DE. Los contextos de consumo y la prevención integral. Documento interno. Fundación Prever. 2008.

SANDÍN, B. El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik. 1999.

SANDÍN, B.; CHOROT, P.; LOSTAO, L.; JOINER, T. E.; SANTED, M.A. y VALIENTE, R.M. Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. Psicothema, 11, 37-51. 1999

SANDÍN, B., y CHOROT, P. Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).1987.

SANDÍN, B., y VALIENTE, R.M. Cuestionario de Depresión (CD). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).1998.

SANTED, M.A., CHOROT, P., y Sandín, B. Cuestionario de Estrés Diario (CED). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado). 1991.

SARDINERO PEÑA, Andrés. Entrenamiento cognitivo para adultos. Grupo Gestomedia, 2010.

SCHREIBER J.; CULPEPPER L, FIFE, A. Suicidal ideation ande behavior in adults. UpToDate. http://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?view=print. 2010

SHERMAN, D. Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. Image-the Journal of Nursing Scholarship, 28, 205-213. 1996.

SIGERIST, H. Civilización y enfermedad. México: Fondo de Cultura Económica. 1946.

SIMÓN, STIERLIN y WYNNE. Vocabulario de la terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa. 1988

SOHLBERG & MATEER. Introducción a la rehabilitación cognitiva. Nueva York: Guilford. 1989

SOLOMON, Z.; SHKLAR, R. y MIKULINCER, M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. Am J Psych Dec; 162(12): 2309-14. 2005

SOSA & TORRIJOS. Prevención terciaria y resiliencia. Fundación Argentina de Logoterapia. 2001.

SPECK. Redes sociales y apoyo social. 1989.

STOKOLS, D. Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. Am Psychol 47: 6-22. 1992.

STONE, P.J. y R LUCHETTI. "Your Office Is Where You Are." Harvard Business Review (March/April), 102-117. Storhagen, N.G. and R. Hellberg 1987.

SUN TZU, citado por McNab, Cnris

SWINSON R.P. y COLS. Clinical practice guidelines: Management of Anxiety disorders. Can J Psychiatry, Vol 51, Suppl 2, July 2006.

TAYLOR, ROBERT L. Enmascaramiento psicológico.

TF P. ZABALA; TK L. GÓMEZ. Manual para Análisis de caso suicida ARC; Psicólogas Armada Nacional. 2011.

THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. Generalised anxiety

disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. Jan NICE Clinical Guideline 112. 2011.

THOMAS E. ELLIS. "Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo", en Thomas E. Ellis (editor). Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia. Traducción de Alicia Solís Bravo. México, D.F.: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2008,

TOBÓN, S. y NÚÑEZ, A. C. Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. Perspectivas en psicología, 3, 21-40. 2000.

TORRES, O. J.; PEÑA, A. J. M., RIUZ, R. M. El paciente agitado: su manejo en urgencias. En: www.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/agitado%20en%20urgencias.pdf.

TUNGPUNKOM P, NICOL M. Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2008.

UNODC – OMS. Principios del Tratamiento de la Toxicomanía. Marzo 2008.

_____. Principios del tratamiento de la toxicomanía. 2008.

VANDER ZANDEN, J. M. Manual de psicología social – Editorial Paidós – Buenos Aires – 1986.

VAUX, A.; RIEDEL, S. y STEWART, D. Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. American Journal of Community Psychology, 15, 209-237. 1987.

VILA CASTELLAR, JAIME. Tratamientos psicológicos; la perspectiva experimental. Ediciones Pirámide 2009.

WATSON, D.; CLARK, L. A. y TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070. 1988.

WATZLAWICK, PAUL. El Lenguaje del cambio. Editorial Herder, Barcelona. 1986.

WENZEL, A., BROWN, G. & BECK AARON. Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Washington: American Psychological Association. 2009.

WHITE A. An evidence based clinical guideline for the initial management of behavioral emergencies. Journal of emergency nursing; 35(5):450-454. 2010.

WILSON, NELLY. Terapia de aceptación y compromiso (ACT), un tratamiento conductual orientado a valores. Ediciones Pirámide, 2008.

WOLFENSBERGER, W. The principle of Normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation. 1972

ZUBIN, J., & SPRING, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103–126. 1977.

ZULUAGA, H. Trastornos depresivos. Guía de práctica clínica. (Documento no publicado). DMEFA: Bogotá, 2010.

____. Guía Clínica Trastornos bipolares. (Documento no publicado).DMEFA: Bogotá, 2010.

_____. Guía de Manejo Clínico del Trastorno por Estrés Postraumático. (Documento no publicado). DMEFA, 2010.