

# **PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**ENERO 2003**

**INDICE:**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>CRITERIOS GENERALES DE DERIVACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....</b>	<b>6</b>
• <b>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.....</b>	<b>6</b>
• <b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....</b>	<b>12</b>
• <b>TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....</b>	<b>17</b>
• <b>TRASTORNOS SOMATOMORFOS.....</b>	<b>18</b>
• <b>TRASTORNOS PSICOTICOS.....</b>	<b>19</b>
• <b>DEMENCIAS.....</b>	<b>21</b>
• <b>LUDOPATÍA.....</b>	<b>22</b>
• <b>DROGODEPENDENCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>EVALUACIÓN.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO I: RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO II: SOLICITUD DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL Y CEDEX.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO III: MODELO DE IMPRESO PARA INFORME DESDE LA U.S.M. Y CEDEX A ATENCIÓN PRIMARIA.....</b>	<b>29</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>30</b>

## INTRODUCCIÓN:

Se estima que el 25% de las consultas de A. P., en los países desarrollados, los son por problemas emocionales y/o psicosociales, situándose junto a las enfermedades cardiovasculares en cabeza de las causas de discapacidad. Los Servicios implicados han concedido una importancia creciente a la mejora de los métodos de detección y diagnóstico, tanto en el ámbito de A. P. como de Especializada. Por lo que el médico de Atención Primaria debe estar capacitado para dar la respuesta a estos problemas y para derivar aquellos casos más complejos hacia la atención especializada, manteniendo un importante papel complementario (supervisión del tratamiento, posibles efectos colaterales, detección precoz de recaídas, etc.).

## OBJETIVOS:

Se pretende:

1. Incrementar la capacidad resolutive de los profesionales de Atención Primaria en los trastornos mentales, discriminando el tipo de atención que debe prestar en cada momento:

- El propio Equipo de Atención Primaria (E.A.P.).
- Las unidades de apoyo y el segundo nivel de atención: Unidad de Salud Mental (U.S.M.), Centros de Drogodependencias (C.E.D.E.X), Servicios de Urgencias.

2. Incrementar la colaboración y la coordinación entre los profesionales sanitarios del Área de Salud implicados en la atención a los pacientes con trastornos mentales: la Atención Primaria, las unidades de apoyo y el segundo nivel de atención.

3. Mejorar la coordinación con todos los colectivos implicados en la atención a los pacientes con problemas de salud mental: servicios sociales, administración de justicia, fuerzas de seguridad, etc.

## CRITERIOS GENERALES DE DERIVACIÓN:

### DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

Se podrá derivar a cualquier paciente cuando el facultativo de Atención Primaria (A.P.), tras estudiar y valorar la situación del enfermo, no se sienta capacitado para realizar una intervención adecuada.

La petición se realizará en la solicitud específica que se adjunta. Se recuerda a los E.A.P. que:

1. Es conveniente que la hoja de derivación de interconsulta llegue a través del **programa mostrador** para evitar que se dupliquen historias y citaciones.
2. **Se debe cumplimentar**, al remitir al paciente, la hoja de derivación de interconsulta de una forma adecuada. Nos permite conocer el motivo de derivación del paciente,

su problemática y patología, así como la existencia o no de un tratamiento farmacológico previo.

Para evitar el duplicado de pruebas complementarias, es conveniente especificar el resultado de los análisis, siempre que el paciente los tuviera realizados en los tres meses previos a la derivación.

Cuando se trata de pacientes con problemas socio-familiares y/o acontecimientos vitales especialmente delicados, en los que el hecho de especificarlo por escrito pudiera suponer un conflicto para el interesado y/o su familia, el profesional de Atención Primaria puede contactar telefónicamente con las unidades de apoyo (U.S.M., C.E.D.E.X.).

Con el objeto de facilitar el contacto para este fin, o cuando el profesional de Atención Primaria precise consultar en general con los profesionales de dichas unidades, puede concertar cita telefónica o personal con los mismos a fin de poder consultar y discutir aspectos clínicos de usuarios atendidos por uno u otro nivel o por ambos a la vez.

Los profesionales de las Unidades de Apoyo se comprometen a cumplimentar un informe para los profesionales de Atención Primaria, con el diagnóstico y las pautas de actuación que estimen necesarias para el paciente.

## **CRITERIOS DE REMISION A U.S.M. PARA VALORACION POR PSICOLOGÍA:**

En pacientes con problemática psiquiátrica es adecuado discriminar en qué casos es conveniente o no la remisión a psicología, evitando crear expectativas inadecuadas tanto en el paciente como en el médico de A.P.. Por este motivo es importante valorar:

- **El nivel de sufrimiento del paciente:** el grado en el que la sintomatología del paciente le produce un sufrimiento personal o una invalidación en su actividad diaria, tanto social, familiar o laboral. **El nivel de sufrimiento del paciente para remitirle a psicoterapia ha de ser medio o alto.**
- **Nivel de motivación:** Necesidad del paciente de enfrentarse a su problemática personal para lograr una mejoría de su sintomatología. **El nivel de motivación para una terapia ha de ser alto.**
- **Niños y adolescentes.**

\* Cuando exista patología psiquiátrica se recomienda **remitir en todos los casos** (depresiones, ansiedad generalizada, fobias, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de la alimentación, trastornos de la eliminación, psicósomática, etc...).

\* Ante situaciones de **pérdidas** (separación o divorcio de los padres, duelos...), será el médico de A.P. quien observará la evolución del proceso. Si ésta es patológica se remitirá a la U.S.M.

\* Los **trastornos del aprendizaje** (trastorno de la lectura, trastorno de cálculo, trastorno de la expresión escrita) deben ser remitidos a los equipos psicopedagógicos del M.E.C.

\* Los **trastornos de la comunicación** (trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo) deben ser remitidos a los equipos psicopedagógicos o al logopeda, según los casos.

Los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación, si van asociados a otra patología psiquiátrica, serán los equipos psicopedagógicos o el logopeda quien los remitirá, si lo consideran oportuno, a la U.S.M. para su tratamiento.

**- Adultos.**

Insistir en la importancia de la valoración, para remitir a psicología, de la motivación y la presión del sufrimiento en todas las patologías. Si estas no existen es desaconsejable el comienzo de una psicoterapia.

**- Tercera edad.**

Las posibilidades de cambios en personas de edad muy avanzada son limitados o a veces nulos. Esto dificulta, y en ocasiones imposibilita, el ser candidato a psicoterapia. Ante un paciente de la tercera edad con problemática psiquiátrica el médico de A.P. debe valorar la flexibilidad para el cambio antes de remitirle a psicología.

## **DERIVACIÓN URGENTE:**

Las conductas violentas u hostiles, los intentos de suicidio o ideas autolíticas graves, son motivo de derivación urgente al Hospital Psiquiátrico. Se deberá valorar en cada caso el tipo de transporte preciso de entre los disponibles en cada momento y lugar, así como la posible necesidad de sanitario acompañante durante el transporte.

Si existe sospecha de patología orgánica (ej. toma de fármacos o tóxicos) o lesiones autolíticas severas, primero se derivará de forma urgente al Hospital Virgen del Puerto.

## **CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CEDEX:**

Los casos de **drogodependencias y alcoholismo** serán remitidos a los C.E.D.E.X.

En este sentido, se debe tener en cuenta que la desintoxicación en sí misma no es un motivo de derivación urgente.

## **CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:**

(Incluye los trastornos más frecuentes que se presentan normalmente en el contexto de la atención primaria).

## **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:**

De gran importancia por su elevada frecuencia y la capacidad de generar discapacidad. Su clasificación según el DSM-IV es la siguiente:

-Trastornos depresivos:

- Trastorno depresivo mayor: episodio único, o recidivante.
- Trastorno distímico.

-Trastornos bipolares:

- Trastorno bipolar I.
- Trastorno bipolar II.
- Trastorno ciclotímico.

-Trastornos del estado de ánimo no especificados.

-Trastornos de estado de ánimo debidos a enfermedad médica.

-Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

## DEPRESIÓN MAYOR

**Test de cribado:** el grupo de expertos del PAPPS propone la utilización de la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EADG), diseñada para ser aplicada por el médico no psiquiatra y siendo, por su simplicidad, de gran utilidad en la práctica clínica diaria.

## DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN MAYOR.

Para el diagnóstico de depresión mayor el paciente debe presentar durante al menos dos semanas, **cinco** de los siguientes síntomas: (Es **obligatorio** al menos un síntoma de los dos primeros: **tristeza y/o anhedonia**).

- Tristeza.
- Anhedonia (Pérdida de interés y de placer en casi todas las actividades).
- Anorexia o hiperfagia (Pérdida o aumento de peso).
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o tentativa de suicidio.

Los síntomas deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Ante un paciente con estos síntomas, los **pasos a seguir** son:

### 1. Excluir causa orgánica:

- a) Enfermedad médica asociada a depresión (p.e. hipotiroidismo).
- b) Toma de fármacos: Corticoides; Anticonceptivos; L-Dopa; Alfametildopa.

- c) Consumo excesivo de alcohol. Uso de otras sustancias tóxicas (cannabis, cocaína, heroína, alucinógenos, anfetaminas...).

Se debe realizar anamnesis somática y exploración física adecuada y, en su caso, las pruebas complementarias precisas.

## 2. Valorar la existencia de bipolaridad:

- a) El paciente ha tenido anteriormente un episodio maníaco o períodos de hipomanía (épocas de euforia o irritabilidad con gastos y compras excesivas, gran actividad y en las que suele dormir poco).
- b) Antecedentes familiares de ciclotimia o de trastorno bipolar.

## 3. Descartar duelo:

Si el estado de ánimo está asociado a la muerte de un ser querido, como consecuencia del duelo, se pueden presentar los síntomas anteriores, pero **sólo** se diagnosticará depresión mayor **si duran más de dos meses o son excesivos**.

4. **Si el paciente está triste, pero no cumple los criterios de depresión mayor, ni se trata de un duelo, podría tratarse de un trastorno distímico:** Humor triste de menor severidad que en la depresión mayor, la mayor parte de los días, durante al menos dos años, acompañado de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Anorexia o hiperfagia.
- Insomnio o hipersomnía.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

El trastorno distímico puede solaparse con frecuencia con un episodio de depresión mayor, hablándose entonces de **Depresión Doble**. En gran medida este trastorno es un fondo de saco diagnóstico, incluyendo cuadros:

- relacionados con trastornos de la personalidad.
- cuadros afectivos mayores mitigados.
- otros relacionados con trastornos de adaptación a situaciones estresantes crónicas de difícil solución.

5. **Valorar si se trata de un trastorno adaptativo:** Estado de ánimo triste y/o ansioso como respuesta a un cambio estresante psicosocial, que no cumple los criterios de depresión mayor ni de distimia.

Resulta conveniente reseñar dos apuntes sobre la **DEPRESIÓN EN LA VEJEZ**: es un trastorno infradiagnosticado a esta edad, se caracteriza con frecuencia por las numerosas quejas físicas y los estados de gran inquietud y agitación.

### **El trastorno depresivo mayor tiene las especificaciones siguientes:**

- De gravedad: leve, moderada y grave.
- De psicosis: con o sin síntomas psicóticos.
- De remisión: parcial, total o cronicidad.

# TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR

Es importante elegir un tratamiento antidepresivo teniendo en cuenta:

- Otras enfermedades o tratamientos concomitantes.
- La gravedad de la depresión.
- Los síntomas acompañantes: ansiedad, inhibición, etc.
- Los antecedentes personales e incluso familiares de buena respuesta.
- El perfil de efectos secundarios.

Como orientación general, se puede tener en cuenta:

- de los ISRS la paroxetina es la más ansiolítica, junto con la fluvoxamina..
- la sertralina y la fluoxetina son más desinhibidoras ,por lo que es mejor darlas por la mañana.
- los efectos indeseables del citalopram son muy leves, por ser su acción la más selectiva.
- Si existe cardiopatía, insuficiencia respiratoria, epilepsia, diabetes, demencia, glaucoma, uropatía obstructiva o alcoholismo, usar ISRS.
- Si existe ulcus péptico o colon irritable usar amitriptilina.

Se debe advertir siempre al paciente de los posibles efectos secundarios, y del tiempo de latencia existente hasta el comienzo de la mejoría. Se debe comenzar con dosis bajas del antidepresivo elegido.

## **Inhibidores de la recaptación de serotonina:**

Carecen de efectos anticolinérgicos, su cardiotoxicidad es escasa y son muy seguros en sobredosis. Los efectos adversos más comunes se producen a nivel gastrointestinal (náuseas, diarrea y dispepsia), neuripsiquiátrico (insomnio o somnolencia, temblor, inquietud, sueños vívidos,...), disfunción sexual, aumento de la sudoración.

### **1. Fluvoxamina ( Dumirox de 50 y 100 mg):**

Dumirox 50: 0 - 0 - 1 (aprox.4 días)

1 - 0 - 1 (Mantener durante 4 semanas. Si los síntomas remiten, mantener el tratamiento de 6 a 12 meses. Si los síntomas persisten, aumentar 50 mg cada 2 semanas, hasta llegar a p.e Dumirox 100: 1- 0- 1) **Si con este tratamiento no remite, derivar a la Unidad de Salud Mental.**

Es necesario tener en cuenta que la fluvoxamina es bastante sedante por lo que si se añaden Ansiolíticos, la sedación puede ser excesiva. En la mayoría de los casos, los Ansiolíticos e hipnóticos son innecesarios. Si se utilizan, debe ser con precaución. Resulta conveniente que la dosis principal sea la nocturna.

La fluvoxamina está **CONTRAINDICADA** en epilépticos y en pacientes que toman ASTEMIZOL, PENTAZOCINA y MEPERIDINA. Debe utilizarse con precaución en pacientes que toman ALPRAZOLAN, CLORPROMAZINA, DIAZEPAN, LITIO, METADONA, PROPANOLOL, TEOFILINA y WARFARINA.

### **2. Fluoxetina ( E.F.G., Prozac, Reneurón, Adofén de 20 mg, cápsulas, comprimidos y solución):**



Fluoxetina 20 mg: 1/2 comprimido/día, en el desayuno o comida, durante 4 días, después 1 cp. diario. Se debe mantener el tratamiento durante un mes. Si remiten los síntomas, mantener el tratamiento durante 6-12 meses. Si los síntomas persisten, añadir otro cp. progresivamente. **Si pasado un mes no hay remisión, derivar a la Unidad de Salud Mental.**

En las primeras semanas de tratamiento puede producir ansiedad o incrementar la ya existente, por lo que es conveniente **asociar un ansiolítico en dosis bajas** ( p.e.Lexatín 1,5: 1- 0- 1). Evitar en pacientes agitados o insomnes

La fluoxetina reduce la ingesta compulsiva de alimentos, en especial, hidratos de carbono. En muchos pacientes produce disminución del apetito, por lo que puede ser el **tratamiento de elección en pacientes obesos o con hiperfagia**. Por el mismo motivo, no debe prescribirse a pacientes en los que la pérdida de peso pueda agravar su problema.

Está **CONTRAINDICADA** en pacientes que tomen ASTEMIZOL, MEPERIDINA y PENTAZOZINA.

Debe prescribirse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática o que tomen alguno de los fármacos siguientes: ALPRAZOLÁN, BENZOTROPINA, CARBAMAZEPINA, CICLOSPORINA, CLARITROMICINA, CLORPROMAZINA, DEXTROMETORFANO, DIAZEPÁN, FENITOINA, FLUFENAZINA, HALOPERIDOL, ITRACONAZOL, LITIO, METOPROLOL, MIDAZOLAN, PERHEXILINA, PROPANOLOL, TERFENADINA, ACIDO VALPROICO y WARFARINA.

### 3. Paroxetina ( Frosinor, Motivan, Seroxat 20 mg):

Iniciar el tratamiento con ½ cp en el desayuno o comida durante 4 días y continuar con 1 cp. Si hay mejoría a las 4 semanas, mantener el tratamiento durante al menos 6 meses (6-12 meses). Si persisten los síntomas, aumentar ½ cp durante 15 días y si es necesario, se puede aumentar otro ½ cp. **Si durante un mes con 1 -1- 0 no hay remisión, derivar a la Unidad de Salud Mental.**

La paroxetina tiene efectos sedantes, por lo que no suele ser necesario asociar ansiolíticos. Evitar en pacientes hipersomnes y/o con retardo mental. Con gran frecuencia produce disfunción sexual. Con frecuencia aparece un síndrome de retirada, por lo que con mayor motivo es preciso realizar un suspensión muy lenta del tratamiento.

Está **CONTRAINDICADA** en pacientes que tomen MEPERIDINA y PENTAZOCINA.

Debe prescribirse con precaución junto con ALPRAZOLAN, BENZOTROPINA, CIMETIDINA, DEXTROMETORFANO, FENITOINA, FENOBARBITAL, HALOPERIDOL, LITIO, PERHEXILINA, PROCICLIDINA, WARFARINA.

### 4. Sertralina ( Aremis, Besitrán 50 y 100 mg, y solución):

Iniciar el tratamiento con ½ cp de 50 mg al día durante 4 días y aumentar a 1 cp. Si tras 4 semanas de tratamiento persisten los síntomas, aumentar hasta 100 mg. **Si no hay remisión tras un mes de tratamiento, derivar a la Unidad de Salud Mental.**

Debido a sus escasas interacciones, puede utilizarse en pacientes con multipatología orgánica o con polimedicación. Con frecuencia sse produce pérdida del apetito y del peso.

Está **CONTRAINDICADA** en pacientes que tomen MEPERIDINA y PENTAZOCINA.

Debe utilizarse con precaución en pacientes que lleven tratamiento con LITIO.

## 5. **Citalopram** ( Prisdal, Seropram 20 y 30 mg):

Iniciar el tratamiento con ½ cp de 20 mg en el desayuno o comida durante una semana y pasar a 1 cp. Si tras 4 semanas de tratamiento persisten los síntomas, aumentar ½ cp durante 15 días. Se puede aumentar hasta 1-1-0. **Si persisten los síntomas tras 1 mes con esa dosis, derivar a la Unidad de Salud Mental.**

Este fármaco presenta escasas interacciones, por lo que puede ser utilizado en pacientes con multipatología orgánica o polimedicados. Aunque debe prescribirse con precaución en pacientes en tratamiento con LITIO. Produce con menor frecuencia efectos adversos a nivel sexual.

### **Bloqueo de la serotonina y noradrenalina:**

#### 1. **Venlafaxina** (Vandral o Dobupal Retard de 75 y 150 mg).

Inhibidor de la recaptación de la NA y Ser, y a dosis altas de la DA.

Comenzar con 75 mg/día (mejor en su formulación retard), mantener esta dosis durante 3 semanas y si no hay respuesta subir a 150 mg/día. Mantener durante 1 mes, si no hay respuesta, derivar a Salud Mental. Si se objetiva mejoría significativa mantener entre 6 y 12 meses el tratamiento.

Su inicio de acción es un poco más rápido. El perfil de efectos secundarios es parecido al de los ISRS. Con pocas interacciones medicamentosas por lo que es candidato a ser utilizado en pacientes polimedicados y/o con pluripatología médica. Puede aumentar la presión diastólica a dosis altas (precaución) Pocos efectos secundarios a nivel sexual. Provoca con frecuencia un síndrome de retirada intenso. *Apenas interacciona con el alcohol.*

#### 2. **Mirtazapina** (Rexer 30 mg)

Inhibidor noradrenérgico y serotoninérgico específico.

Su dosificación es fácil, se comienza y continúa con 30 mg/día en la noche. Mantenerlo 3- 4 semanas y si no hay respuesta, remitir al paciente a Salud mental.

Es un antidepresivo muy sedativo, y con gran frecuencia produce un aumento de peso importante.

Indicado en la depresión asociada a ansiedad, agitación e insomnio, y en el caso de disfunción sexual o trastornos gastrointestinales producidos por ISRS.

#### 3. **Otros: Imipramina** (Tofranil)

**Clomipramina** (Anafranil)

**Amitriptilina** (Triptizol)

Son de más difícil manejo en A.P. debido a ser menos selectivos y actuar sobre muchos receptores sinápticos (histaminérgicos, colinérgicos, alfa-adrenergicos, dop.aminérgicos) Su dosis de mantenimiento 75–150 mg. pero hay que comenzar con dosis de 10–25 mg. Muchas contraindicaciones y efectos secundarios.

### **Inhibidores de la noradrenalina:**

#### 1. **Reboxetina** (Irenor, Norebox de 4 mg)

Inhibidor selectivo de la recaptación de NA.

La pauta se va subiendo poco a poco, comenzando por ½ c. en la mañana o en la comida, subiendo hasta 1 ó 2 c. (p.e. 1/2 -1/2-0 ó 1 -1 -0). Mantener el tratamiento 4 semanas,

si hay mejoría continuar durante 6-12 meses. Si no hay mejoría, remitir al paciente a Salud Mental.

No es sedativo, ni ocasiona enlentecimiento psicomotor. Potencial mínimo de interacciones.

## **2. Otros: Nortriptilina (Martinil)**

**Maprotilina (Ludimil)**

**Lofepamina (Delfan)**

Se manejan peor en A.P. por ser poco selectivos y por ello poseer muchos efectos secundarios, contraindicaciones y precauciones.

**Cualquiera de las pautas anteriores es válida para el tratamiento del TRASTORNO POR ANGUSTIA** que con frecuencia se asocia a Depresión Mayor. Aunque las dosis desde el inicio deben ser un poco mayores, p.e la paroxetina suele precisar dosis de 30-40 mg/día. Si remite la Depresión Mayor pero persisten las crisis de angustia, se puede añadir **CLONAZEPAN** ( Rivotril 0,5 mg) con la siguiente pauta:

- 0-0- ½ durante una semana.
- 0-0- 1 durante una semana.
- ½ -0- 1 durante una semana.
- ½ - ½ -1 durante quince días.
- ½ - ½ - 1 ½ durante quince días.
- ½ - ½ - 2 durante un mes.

Si no remiten los síntomas con la pauta anterior, **remitir a la Unidad de Salud Mental.**

### **Otros criterios de derivación en los casos de depresión mayor incluirían:**

- Ideas de suicidio.
- Cuadro grave que pueda precisar de ingreso.
- Episodio depresivo dentro de un trastorno bipolar.
- Síntomas psicóticos.
- Depresiones en niños, adolescentes y mujer embarazada.
- Pacientes jóvenes y/o motivados para cambiar, en los que pueda estar indicada la psicoterapia, aunque la sintomatología haya remitido con la medicación.
- Petición del propio paciente (en la práctica es el principal motivo de derivación). Debido a tratarse de patologías en las se carece de herramientas diagnósticas objetivas y donde una buena relación médico-paciente es especialmente importante para la apertura y colaboración del paciente en el tratamiento.

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD:**

La ansiedad (angustia) es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Se considera patológica cuando se da alguna de las siguientes circunstancias:

- Inadecuación entre estímulo y respuesta
- Persistencia en el tiempo
- Alertización sin estímulo aparente

Presenta tres componentes principales:

- **ANSIEDAD PSÍQUICA:** Sentimiento subjetivo de temor indefinido, incomodidad, displacer, inseguridad, tensión, miedo u otra expresión verbal de tales vivencias.
- **ANSIEDAD SOMÁTICA:** Síntomas dependientes de un conjunto de cambios fisiológicos (Taquicardia, palpitaciones, sudoración, temblor distal, sequedad de boca, inquietud psicomotriz, síntomas digestivos o urinarios...)
- **ELEVACIÓN DEL AROUSAL:** Alteraciones del sueño (insomnio inicial, sueño no reparador e hipersomnia diurna), la alimentación (anorexia y/o bulimia nerviosa), la conducta sexual (disminución del impulso sexual e incluso impotencia o anorgasmia) y el rendimiento intelectual (dificultades de memoria, atención y concentración).
- Aunque no como sintomatología directa, se pueden considerar otros síntomas dependientes de otras variables de la personalidad y relativas al medio social: Relaciones interpersonales alteradas, dificultades en la verbalización de sus vivencias, autoimagen deteriorada, condicionado todo ello por la disminución de la capacidad y rendimiento y la sensación de inseguridad.

Teniendo en cuenta el predominio de la sintomatología somática o psicológica, se habla de ansiedad **somática o psíquica**.

Cuando la ansiedad se presenta de forma relativamente continuada, se denomina **generalizada o libre**. Cuando aparece en forma de crisis, se conoce como **paroxística**.

Si los síntomas son reactivos a un acontecimiento externo, la ansiedad es **aguda**, tiene una historia natural corta y el pronóstico es bueno. Cuando se reacciona ante un estrés mínimo y el curso es prolongado, la ansiedad es **crónica**.

Se habla de **estado de ansiedad** cuando se hace referencia a situaciones clínicas concretas, el **rasgo de ansiedad** está en relación con la personalidad de base del individuo.

**Para realizar cualquiera de los diagnósticos de trastorno por ansiedad, es necesario que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**

Los trastornos de ansiedad pueden ser:

- **PRIMARIOS:** No derivan de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente.
- **SECUNDARIOS:** Acompañan a afecciones primarias psiquiátricas o médicas.

Puesto que en el contexto de diversos cuadros pueden aparecer las crisis de angustia y la agorafobia, conviene definirlos, antes de clasificar los trastornos de ansiedad:

### **Crisis de angustia:**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, de inicio brusco y máxima expresión en los primeros 10 minutos, acompañada de al menos 4 de los siguientes síntomas: Palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, falta de aliento, opresión torácica, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

## **Agorafobia:**

Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde puede resultar difícil escapar en caso de aparecer una crisis de angustia inesperada, o síntomas similares a la angustia. Suele estar relacionada con un conjunto de situaciones características, que se evitan o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas: (Estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente, hacer cola, pasar por un puente, viajar en autobús, tren o automóvil).

## **Clasificación: (DSM IV)**

### **1. TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA:**

Crisis de angustia inesperadas y recidivantes. Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes de inquietud persistente ante la posibilidad de tener nuevas crisis, preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias, o cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis. Ausencia de agorafobia.

### **2. TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA:**

Cuadro similar al anterior al que se añade agorafobia.

### **3. AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA:**

Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia.

### **4. FOBIA ESPECÍFICA:**

Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

### **5. FOBIA SOCIAL:**

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.

En todos los cuadros fóbicos, el individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o irracional. Los comportamientos de evitación, anticipación ansiosa o el malestar que aparece ante el estímulo fóbico interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o producen un malestar clínicamente significativo.

### **6. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO:**

Presencia de obsesiones y/o compulsiones que el individuo reconoce excesivas o irracionales en algún momento del trastorno. Provocan malestar clínicamente significativo, representan una pérdida de tiempo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.

Obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y causan ansiedad significativa.

Compulsiones son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se siente "obligado" a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

### **7. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:**

El individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático que es reexperimentado persistentemente. Intenta evitar los estímulos asociados con el trauma, presenta un embotamiento de su reactividad general y síntomas persistentes de la activación arousal.

El cuadro se prolonga durante al menos un mes.

### **8. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO:**

La sintomatología es similar a la del cuadro anterior, pero en este caso, la duración del trastorno es de dos días a cuatro semanas.

### **9. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:**

Se caracteriza por inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Aparece por una amplia gama de acontecimientos y se prolonga más de seis meses.

### **10. TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO:**

Incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún otro trastorno de ansiedad.

### **11. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA:**

Se demuestra que las alteraciones son la consecuencia directa de una enfermedad médica.

### **12. TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS:**

Los síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente al consumo de la sustancia o medicamentos.

## Tratamiento de los trastornos de ansiedad:

### **1. Crisis de Angustia:**

ALPRAZOLAN, 1mg v. s. o LORAZEPAN, 1mg v.s. (pudiéndose volver a administrar si no hubiera respuesta).

### **2. Trastorno por Angustia:**

**ISRS:** FLUOXETINA, entre 20 y 60 mg en aumentos progresivos de ½ c. cada 4 días. Tener en cuenta que puede producir en un principio un aumento de la ansiedad-inquietud.

- FLUVOXAMINA, entre 100 y 200 mg en aumentos progresivos de 50 mg cada 4 días.
- PAROXETINA, entre 20 y 40 mg en aumentos progresivos de 10 mg cada 4 días.
- SERTRALINA, entre 100 y 200 mg en aumentos progresivos de 25 mg cada 4 días.
- CITALOPRAM, entre 30 y 40 mg, en aumentos progresivos de 10 ó 15 mg cada 4 días.

**BZD:** se utilizan las de alta potencia principalmente:

- ALPRAZOLAM, entre 2 y 10 mg en aumentos progresivos de 0,5 mg cada 4-5 días.
- CLONAZEPAM, entre 2 y 6 mg en aumentos progresivos de 0,5 mg cada 4-5 días.

El tratamiento benzodiacepínico, es conveniente que se vaya reduciendo poco a poco lo más pronto posible. Sin embargo el tratamiento antidepresivo, se aconseja que se mantenga durante aproximadamente 12 meses (apuntándose cada vez más, que el tiempo de tratamiento debe ser amplio, incluso hasta los 2 años).

### **Se deriva a la Unidad de Salud Mental en estos casos:**

- No remite tras un mes de tratamiento a dosis completa.
- Si existe agorafobia asociado a la crisis, para realizar tratamiento psicoterapéutico.

### **3. Fobias:**

Se emplean ansiolíticos (BZD), ISRS, IMAO, buspirona, gabapentina y terapia de apoyo.

### **Se deriva a la Unidad de Salud Mental en caso de:**

- Agorafobia
- Fobia social generalizada
- Fobias incapacitantes a situaciones, animales u objetos domésticos.

### **4. Trastorno Obsesivo Compulsivo:** Debe ser derivado en todos los casos.

## 5. Trastorno por Ansiedad Generalizada:

**BZD:** DIACEPAN, entre 5-40 mg en dosis crecientes de 5 mg cada 5 días.

Otra BZD a dosis equivalente.

La duración del tratamiento es controvertida, se recomienda no prolongarlo pero la ansiedad generalizada suele constituir un trastorno crónico, de forma que algunos pacientes requieren tratamiento a largo plazo.

### Debe derivarse a la Unidad de Salud Mental en caso de:

- Ser incapacitante.
- No responder después de tres meses de tratamiento, asociado a terapia de apoyo.
- Presencia de otros trastornos mentales asociados.
- Si se diagnostica abuso o dependencia del alcohol.
- Si la persona es joven y/o con capacidad introspectiva.

**6.Trastorno por Estrés Postraumático:** Debe ser derivado en todos los casos.

## 7. Trastorno por Estrés Agudo:

Dada su brevedad el tratamiento debe ser con una BZD y terapia de apoyo.

**8.- Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica o inducido por sustancias:** El tratamiento debe ser el de la causa que lo origina.

## **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN:**

**(Anorexia nerviosa, bulimia y trastornos de la alimentación no específicos):**

Afectan a un número creciente de mujeres adolescentes y jóvenes. También pueden afectar a varones. **Requieren tratamiento especializado.** El diagnóstico precoz mejora el pronóstico, pero con frecuencia se diagnostican tardíamente.

El facultativo de Atención primaria debe prestar atención a las quejas de los padres o a la aparición de alguno de los síntomas siguientes, y derivar a la Unidad de Salud Mental, cuando existe alta sospecha de patología:

- Pérdida anormal de peso.
- Variaciones de peso injustificadas.
- Hábitos alimentarios poco convencionales.
- Negativa a comer con la familia.
- Vómitos o síntomas relacionados (Reflujo, garganta enrojecida...).
- Negativa a mantener un peso adecuado.
- Ejercicio físico excesivo.
- Negación del hambre.
- Imagen distorsionada del cuerpo ( La joven se ve obesa aunque esté delgada, se queja de tener muchas caderas, piernas gordas...).



- Ausencia de menstruación o irregularidades en la misma.
- Abuso de laxantes, diuréticos, vomitivos o píldoras de dieta.

## **TRASTORNOS SOMATOMORFOS:**

Las somatizaciones entendidas como experiencias y quejas de síntomas físicos para los cuales no se objetiva causa orgánica, son un reto diagnóstico y terapéutico tanto para el médico de atención primaria como para el psiquiatra. El refuerzo ambiental de los síntomas, las ganancias derivadas de la enfermedad y de la asunción de un papel de enfermo, los mecanismos cognitivo-perceptivos alterados y los trastornos de la relación médico-enfermo, resultan imprescindibles para entender el proceso de muchos de estos trastornos.

Clasificación:

- Trastorno por somatización.
- Hipocondría.
- Trastorno por dolor.
- Trastorno por conversión.
- Trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia).

**TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN:** Historia de múltiples quejas físicas persistentes durante años, acompañada de búsqueda de atención médica, deterioro social, laboral, o de otras áreas de actividad significativa.

Los síntomas pueden ser: dolorosos (al menos en 4 zonas), gastrointestinales, sexuales, o pseudoneurológicos.

No existe hoy en día un tratamiento eficaz, aunque pueden beneficiarse de tratamiento antidepressivo. Un médico hábil que se relacione con el paciente de un modo flexible y empático, es la herramienta terapéutica más eficaz.

Como estos pacientes abusan de drogas de prescripción médica, las prescripciones deben controlarse.

Respecto a la limitación en el trabajo, la política más adecuada es disuadir de bajas laborales mientras es posible.

**HIPOCONDRIA:** Preocupación intensa o convicción de presentar una enfermedad grave (p.e. cáncer). Las explicaciones médicas tranquilizadoras o la normalidad de las exploraciones sólo le alivian parcial y transitoriamente.

No existe tratamiento específico de la hipocondría ampliamente aceptado. Las mismas normas planteadas para el trastorno por somatización, pueden ser aquí aplicadas.

**TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:** Preocupación exagerada, pero no delirante, por la fealdad de una parte del cuerpo y por la pérdida de atractivo, o la repulsión que piensa, representa esa parte. La preocupación no disminuye por la reaseguración de los allegados o el médico. El paciente muestra evitación y discapacidad variable.

El tratamiento no es fácil, ningún tratamiento quirúrgico o psicoterapéutico resulta eficaz en la mayoría de los pacientes. Algunos casos se alivian con antidepressivos. El pimocide (fármaco antipsicótico) se ha mostrado eficaz en algunos casos en los que la preocupación llega a ser delirante.

**DOLOR SOMATOMORFO:** Clínica de un dolor intenso (cefalea, dorsolumbalgias, dolores faciales, etc) en primer plano, que no puede explicarse, al menos totalmente, por un proceso orgánico. Originalmente pudieron tener una causa orgánica o conversiva. Al igual que en los anteriores trastornos, el paciente puede abusar de los analgésicos, y presentar insomnio, ansiedad y depresión.

El tratamiento resulta muy difícil, y cuanto más crónico más difícil. La escucha atenta del médico minimiza el sentimiento de abandono, y ofrece alguna posibilidad de alivio. Tratar de evitar la iatrogenia, aliviar los dolores en lo posible y tratar de mantener al paciente en su mejor nivel adaptativo. Los antidepresivos poseen propiedades analgésicas, la amitriptilina es uno de los más utilizados en este sentido. Los anticonvulsivantes son también útiles en el tratamiento del dolor, sobre todo cuando hay un componente neuropático.

Los trastornos somatomorfos se derivarán a Salud Mental para:

- Diagnóstico y tratamiento de comorbilidad psiquiátrica.
- Asesoramiento psicofarmacológico.
- Asesoramiento de la conducta a seguir ante enfermos litigantes o abusadores de sustancias.
- Indicación y eventual aplicación de los tratamientos psicoterapéuticos cognitivo-conductuales en algunos pacientes.

## **TRASTORNOS PSICÓTICOS:**

### **1. ESQUIZOFRENIA:**

Los síntomas más característicos de la esquizofrenia son:

- Deterioro del funcionamiento global
- Pensamiento de contenido anormal: Ideas delirantes
- Pensamiento ilógico: Disgregación, incoherencia.
- Distorsión perceptiva: Alucinaciones
- Cambios del afecto: Embotado, inapropiado
- Alteraciones de la volición: Impulso, motivación o ambivalencia
- Deterioro del comportamiento psicomotor: Agitación, muecas, rituales, catatonía.
- Lenguaje desorganizado: Incoherencia
- Síntomas “negativos”: Abulia, alogia, aplanamiento afectivo, abandono de aseo y arreglo.

Las alteraciones duran **más de seis meses** y al menos durante un mes están presentes (activos) dos de los síntomas expuestos.

Estos síntomas no se deben al consumo de sustancias psicoactivas ni a enfermedad médica y suponen un grave deterioro en el ámbito sociolaboral del sujeto.

Se distinguen:

- **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA PARANOIDE:**  
Preocupación por delusiones sistematizadas o por frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un único tema.
- **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA DESORGANIZADA:**

Incoherencia, conducta groseramente desorganizada, afecto aplanado.

- **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA CATATÓNICA:**  
Estupor, negativismo, rigidez.
- **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA INDIFERENCIADA:**  
Delusiones, alucinaciones, incoherencia o comportamiento groseramente desorganizado.
- **PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA RESIDUAL:**  
Ausencia de delusiones, alucinaciones, incoherencia o comportamiento desorganizado con evidencia de síntomas residuales.

## 2. OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS:

Es necesario tener en cuenta una serie de consideraciones:

- Se considera **Trastorno Esquizofreniforme** si la alteración dura al menos un mes, pero menos de seis meses. No se requiere que exista deterioro sociolaboral, aunque puede haberlo.
- Se considera **Trastorno Psicótico breve** si el cuadro dura entre un día y un mes (de inicio súbito).
- En el **Trastorno Esquizoafectivo** se presentan los síntomas psicóticos junto con episodios de Depresión Mayor, episodio maníaco o mixto.
- Con el **Trastorno Delirante** aparecen ideas delirantes no extrañas, que persisten al menos, un mes (erotomaniaco, celotípico, persecutorio...). No presenta ningún otro síntoma y puede no existir deterioro sociolaboral o comportamiento extraño.
- En el **Trastorno psicótico por enfermedad médica** aparecen alucinaciones e ideas delirantes debidas a la enfermedad (Alzheimer, delirium, demencia vascular...). Este mismo trastorno puede ser también inducido por sustancias (drogas, medicamentos, exposición a tóxicos).

**El manejo clínico del paciente psicótico debe ser controlado por la Unidad de Salud Mental.**

En casos de urgencia (agitación psicomotriz, conductas de auto y/o heteroagresividad), se requiere internamiento hospitalario y puede ser necesaria la utilización de neurolepticos (preferentemente vía parenteral):

- **HALOPERIDOL** (Entre 5-10 mg. Ampollas: 1cc equivalen a 5mg): Si predomina la sintomatología delirante o alucinatoria.
- **LEVOMEPRIMAZINA** (Sinogán, una o dos ampollas): Si predomina la agitación psicomotriz. Puede producir hipotensión (gran precaución).
- **CLORPROMAZINA** (Largactil, una o dos ampollas): Es útil en cualquier tipo de esquizofrenia. Puede producir hipotensión.

Clásicamente se utiliza una combinación: Haloperidol, 1 amp. + Tranxilium 50mg, 1 amp. i.m.

## **DEMENCIAS:**

Los síntomas más significativos son:

- Alteraciones del estado cognitivo global.
- Deterioro de la memoria (inicialmente a corto plazo y después a largo plazo).
- Afasia, apraxia y agnosia.
- Deterioro de la capacidad de juicio y raciocinio.
- Cambios en la personalidad previa, con trastornos de la conducta física y/o verbal.

Estos síntomas provocan un deterioro significativo en la actividad sociolaboral del sujeto y suponen una disminución importante del nivel previo de actividad.

El deterioro cognitivo se detecta inicialmente mediante entrevista clínica. Existen diversas escalas de evaluación, la más utilizada es conocida como **MINI MENTAL STATE EXAMINATION** (MMSE) de Folstein, si el resultado es menor de 25, se sugiere deterioro, y si es menor de 20, deterioro seguro. Se recomienda realizar una batería completa de análisis (incluidos ácido fólico, vitamina B12 y pruebas tiroideas), para descartar demencias potencialmente reversibles.

Es necesario realizar un **diagnóstico diferencial** con:

- **Delirium:** En este caso, las alteraciones duran poco tiempo y tienden a fluctuar a lo largo del día.
- **Trastorno amnésico:** Se caracteriza por una alteración de la memoria debido a enfermedad médica o inducido por alguna sustancia.
- **Pseudodemencia depresiva:** El síntoma predominante es un descenso en el estado de ánimo con preocupación por el déficit cognitivo del que el sujeto es consciente. Suele haber antecedentes previos de trastorno depresivo.
- **Déficit propio del envejecimiento.**

## **TRATAMIENTO:**

1. **Tratamiento farmacológico:** Existe un grupo de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa que tienen indicación en la demencia senil tipo Alzheimer leve, pero que no son de utilización en Atención Primaria. Se recomienda utilizar el mínimo número de psicofármacos y a la mínima dosis eficaz.

Se pueden utilizar como tratamientos sintomáticos:

- **Haloperidol** ( 5 a 40 gotas) **o Risperidona** (0,25 a 3 mg, 1 mg equivale a 1 ml) o Olanzapina (2,5 a 5 mg): en caso de alteraciones de la conducta con agitación.
- **ISRS:** En caso de trastornos del ánimo
- **Clormetiazol:** Si existen alteraciones del sueño.
- No se recomienda la utilización de benzodiazepinas de forma sistemática. Si se utilizan es mejor pautar las de vida media corta o intermedia (p.e. loracepam, 0,5–3 mg). Su acúmulo puede favorecer las caídas y los cuadros confusionales.

- 2. Tratamiento no farmacológico:** Tiene como objetivo mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. Atender y cuidar el medio en el que el paciente vive, p.e la seguridad, favoreciendo las medidas de orientación, manteniendo horarios regulares, etc Es fundamental el manejo y apoyo a los familiares y cuidadores. Puede ser útil contactar a las familias afectas con organizaciones sociales dedicadas a la atención de estos problemas.

## **LUDOPATÍA**

Se trata de un trastorno grave que cursa de forma progresiva e incapacitante. Se caracteriza por la incapacidad del jugador para controlarse, unida a una intensa preocupación por el juego, y por el deterioro que se asocia en áreas tan importantes de su vida como la familia, el trabajo, las amistades, etc. Los juegos en los que más influye el azar son los que más suelen asociarse a ludopatía. Las preferencias de juego en nuestro país parecen ser las máquinas recreativas con premio, las loterías, el bingo y las cartas.

Lo más importante para su tratamiento, es que el paciente tenga conciencia del problema que sufre, y esté motivado para el cambio. Si hubiera comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, deberá tratarse dicha patología, valorando el médico de Atención Primaria si puede asumir el tratamiento de esta patología de base o si precisa derivarlo a la Unidad de Salud Mental. Pero lo más importante es que se ponga en contacto con la Asociación de Jugadores Patológicos.

## **DROGODEPENDENCIAS**

Patrón de repetida autoadministración de un tóxico, que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia, a pesar de la aparición de problemas graves relacionados con ella.

Para su tratamiento es necesario tener en cuenta en primer lugar que es el drogodependiente quien plantea la demanda de atención. El médico de Atención Primaria deberá valorar los posibles problemas psiquiátricos asociados, para establecer si procede solicitar una consulta a la Unidad de Salud Mental a la vez que al CEDEX de referencia, o si procede iniciar tratamiento de alguno de estos problemas desde Atención Primaria. Los profesionales del CEDEX podrán luego derivar el paciente a Salud Mental en base al protocolo presente, y/o establecer contacto con los profesionales de Atención Primaria para plantear el abordaje del paciente.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación se realizará con una periodicidad anual.

Se utilizarán los siguientes indicadores al menos:

### **PROCESO:**

Nº de IC a la U.S.M. siguiendo el modelo de solicitud de derivación

\_\_\_\_\_ x 100

Nº total de IC solicitadas.

Nº de IC a CEDEX siguiendo el modelo de solicitud de derivación  
\_\_\_\_\_ x 100  
Nº total de IC solicitadas.

Nº de personas en tratamiento en U.S.M. en el último año  
\_\_\_\_\_ x 100  
Nº total de personas del Sector

Nº de personas en tratamiento en CEDEX en el último año  
\_\_\_\_\_ x 100  
Nº total de personas del Sector

## **ANEXO I**

### **RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

- **CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICO-SOCIAL (C.R.P.S.)**  
C/ Pedro Isidro, 4 –1º  
Tfno.: 927 47 71 52  
Fax: 927 42 71 53  
PLASENCIA (Cáceres)  
Dependencia: Ayuntamiento
- **CENTRO DE DÍA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER**  
Residencia San Francisco  
C/ San Marcos, 8  
Tfno.: 927 01 73 40  
PLASENCIA (Cáceres)  
Dependencia: Junta de Extremadura. Consejería de Bienestar Social.
- **ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DE PLASENCIA Y COMARCA. (AFEMPC).**  
Edificio Asociaciones, local 17  
C/ Fernando Calvo, 2  
Tfno.: 927 41 98 87  
PLASENCIA (Cáceres)  
Horario: Martes de 12 a 14 horas.  
Viernes de 18 a 20 horas.  
Organización sin ánimo de lucro.
- **ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE ALZHEIMER**  
Edificio Asociaciones  
C/ Fernando Calvo, 2  
Tfno.: 927 42 52 39/655 548558  
PLASENCIA (Cáceres)  
Horario: 17 – 19,30 horas, Martes y Viernes.  
Ámbito: Plasencia, Comarcas ( Valle del Jerte, La Vera, Hurdes, Ambroz)

- **APLATA ( Asociación Placentina para el Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación).**  
C/ Manuel López Sánchez Mora, 8 – 3º B  
Tfno.: 927 41 61 90  
927 42 54 58
- **AJER (Asociación de Jugadores en Rehabilitación)**  
Sede: Centro Cívico “Miralvalle - Rosal de Ayala”  
C/ Enrique Egas, s/n  
Tfno.: 927 42 10 11  
PLASENCIA (Cáceres)  
Horario: Martes de 18 a 20,30 horas.
- **ASOCIACIÓN DE MUJERES RURALES**  
Telf.: 927 419351  
PLASENCIA (Cáceres)
- **ASOCIACIÓN, 8 DE MARZO, DEL MALTRATO**  
C/ Puerto Cerro, 5  
10600 PLASENCIA (Cáceres)  
Ámbito: Plasencia y Comarca.
- **U.P.I.M. (Unidad de Promoción Integral de la Mujer)**  
Ayuntamiento de Plasencia  
Junta de Extremadura, Consejería de Cultura  
Telf.: 927 428542  
Orientación, Información y derivación.  
Ámbito: Plasencia y Comarca.
- **UNIVERSIDAD POPULAR**  
Telf.: 927 421366  
Plasencia (Cáceres)
- **NUEVO CENTRO DEL CONOCIMIENTO**  
Dependencias: Ayuntamiento y Consejería de Educación. Asociación de Vecinos Rosal de Ayala.  
Telf.: 927 419863  
Equipo itinerante del Centro de Conocimiento.  
Comarca de Plasencia.
- **CRUZ ROJA**  
Gabinete de Inserción Socio-Laboral  
Telf.: 927 170640/ 924 730896  
Jaraiz de la Vera (Cáceres)  
Atención Psicosocial para la mujer en situación de dificultad y/o exclusión social.

## **RECURSOS SOCIALES MÁS UTILIZADOS EN DROGODEPENDENCIAS**

(Tel. Información gratuita: 900-161515. Fundación de ayuda contra la droga).  
900- 210994. Plan integral sobre drogas.

### **DESINTOXICACIÓN**

- Hogares de Emergencia Social: (régimen de internamiento)
  - APOYAT Asociación para la prevención, orientación y ayuda al drogodependiente.(Villanueva Serena).
  - ALUCOD. Asociación de lucha contra las drogas. (Llerena)
  - AMAT. Asociación Miajadesña de ayuda al toxicómano. (Miajadas).Objetivo: Desintoxicación/pre-comunidad terapéutica.
- Unidades móviles de reducción del daño. (dispensación de metadona).
- Unidad de desintoxicación hospitalaria. (U.D.H.)

### **DESHABITUACIÓN**

- Comunidades Terapéuticas: (régimen de internamiento).
  - “La Garrovilla” Mérida
  - “Rozacorderos” Moraleja
  - “Vegas Altas” Don Benito
  - “Finca Capote” Plasencia.Objetivos: deshabituación psicológica y reinserción social.
- Unidades móviles de reducción del daño. (dispensación de metadona).
- Unidad de alcoholismo.

### **REINSERCIÓN**

- Programas de cumplimiento alternativo al medio penitenciario.
- Pisos de reinserción (VIH+).
- Centros de acogida temporal de Cáritas para transeúntes. (Plasencia, Cáceres, Mérida y Badajoz).
- Centro de rehabilitación psicosocial (régimen ambulatorio)
- Asociaciones de alcohólicos.
- Programa de becas-salario de formación. (Orden de 23 de noviembre de 2001 por la que se establecen ayudas económicas durante el año 2002 para la incorporación social y laboral de drogodependientes, en base al Decreto 221/2000, de 24 de octubre).
- Cursos de formación profesional ocupacional.





**SOLICITUD DE DERIVACIÓN A:**  **UNIDAD DE SALUD MENTAL**  
 **CEDEX**

Fecha:

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Paciente:**

.Nombre: \_\_\_\_\_ .1º Apellido: \_\_\_\_\_ .2º Apellido: \_\_\_\_\_

.Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_

**Datos Facultativo:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma del facultativo: \_\_\_\_\_ E.A.P.: \_\_\_\_\_

**Rellenar SÓLO en menores de 27 años:**

. Nº de hermanos (incluido el paciente): \_\_\_\_\_ - Lugar que ocupa entre hermanos:

. Nombre y Apellidos del responsable: \_\_\_\_\_

**2. ¿QUIÉN SOLICITA LA CONSULTA? ( Táchese con una x lo que proceda)**

- El paciente, por iniciativa propia.      La r  dre.  
 El cónyuge       Un hijo.  
 El padre       Otro familiar ( especificar quién):

**La derivación es:**

- Por indicación del médico de A.P.       Por indicación de un especialista  
 Por indicación de otras personas o instituciones (especificar):

**3.- MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:**

**En menores de 18 años:**

- Autismo, otros trastornos del desarrollo o psicosis.  
 Depresión o Distimia.  
 Trastorno por ansiedad por separación.  
 Trastorno por angustia:  Con agorafobia  
 Sin agorafobia  
 Trastorno obsesivo-compulsivo.  
 Temores o fobias.  
 Trastornos del sueño, terrores nocturnos, sonambulismo.  
 Trastornos de la eliminación.  Enuresis  
 Encopresis  
 Trastornos de conducta alimentaria.  
 Hiperactividad o trastornos de conducta.  
 Tics.  
 Problemas familiares  
 Otros: (Especificar)

**En derivaciones a CEDEX (todas las edades):**

- Valoración y Tratamiento específico del trastorno por el uso de sustancias psicoactivas citadas en 5c.  
 Tratamiento de Desintoxicación Ambulatoria.  
 Tratamiento de Desintoxicación Hospitalaria.  
 Tratamiento de Deshabitación Psicológica  
 Tratamiento de Alcoholismo.  
 Demanda de Ingreso en Centros o Comunidades Terapéuticas.  
 Demanda específica de Tratamiento con METADONA.  
 Demanda específica de Tratamiento con Naltrexona.  
 Demanda de control y análisis de Drogas de Abuso en Orina.  
 Consulta – Información  
 Valoración, Orientación y Prevención sobre posible caso de inicio de Drogodependencia.  
 Otras causas (Especificar):

**En mayores de 18 años:**

- Depresión mayor que persiste tras más 1 mes de tto.  
 Depresión mayor con síntomas psicóticos.  
 Trastorno por angustia que no mejora tras un mes tto.  
 Depresión mayor y trastorno por angustia que no mejora durante un mes de tto.  
 Trast obsesivo-compulsivo no mejora tras 1 mes tto.  
 Depresión mayor, trastorno por angustia o trastorno obsesivo-compulsivo en remisión con el tratamiento de A.P, candidatos a psicoterapia.  
 Distimia, trastorno por ansiedad generalizada o fobia social candidatas a psicoterapia.  
 Trastornos sexuales.  
 Trastorno bipolar, psicosis esquizofrénica, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos.  
 Anorexia, bulimia u otro trastorno de la alimentación.  
 Otras causas (Especificar):

**Las conductas violentas u hostiles, los intentos de suicidio o ideas autolíticas graves, son motivos de derivación urgente a hospital.**

4. Antecedentes familiares psiquiátricos ( Trastorno bipolar, DM, esquizofrenia, trastorno delirante u otras psicosis, alcoholismo, toxicomanías).

No     Sí (Especificar familiar y trastorno):

5. Antecedentes personales:

**a. Psiquiátricos:** No  Sí (Especificar):

**b. Médicos:**  No     Sí (Especificar):

**c. Hábitos tóxicos:**  No     Sí      **Referente al Consumo:**  Abstinente desde hace \_\_\_\_\_ días/m/años.

**Tiempo de adicción aproximado:** \_\_\_\_\_  Consumiendo Actualmente.

**Drogas consumidas:**  Principal: \_\_\_\_\_  Secundarias: \_\_\_\_\_

**Tratamientos previos** de desintoxicación:  No     Sí (Especificar):



INFORME DE:  UNIDAD DE SALUD MENTAL

CEDEX

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ 1º  
Apellido \_\_\_\_\_ 2º apellido \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_

**Datos Facultativo:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
E.A.P. \_\_\_\_\_

**1. Diagnóstico DSM-IV:**

- Eje I:
- Eje II:
- Eje III:
- Eje IV:
- Eje V:

**2. Tratamiento y duración del mismo:**

**3. Actividad laboral:** (¿Procede IT?)  Si (Duración aproximada)  No

**4. Pruebas complementarias:**

**5. Recomendaciones:**

**6. Próxima revisión:**  Sí (fecha): \_\_\_\_\_  No

**7. Observaciones:**

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Harold Alan Pincus. Algoritmo del Estado de ánimo depresivo. En: Masson Ed. DSM-IV- AP 1.997; 37-65.
2. American Psychiatric Associatio. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson Ed. A.995.
3. Turón V. Trastorno de la alimentación. Anorexia nerviosa, Bulimia y Obesidad. Masson ED. 1.997.
4. Gastó C, Vallejo J Menchón JM. Depresiones crónicas. Doyma Ed. 1.993.
5. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Salvat Ed. 1.997.
6. Menchón JM, Urretavizcaya M. Clasificación y diagnóstico de los trastornos afectivos. En: Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Trastornos afectivos 1.998; 8-16.
7. Bataller Ar, Salgado SP. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En: Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Trastornos Neuróticos 1.997; 39-46.

## **MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE SALUD MENTAL DE ÁREA DE PLASENCIA: (Orden alfabético).**

BENAVENTE MIGUEL, Ana María	(Trabajadora Social. CEDEX. Jaraiz de la Vera)
BERNAL RICO, Leoncio	(Médico. E.A.P. Cabezuela de Valle)
CABALLERO MARTÍN, Isabel	(Enfermera. E.A.P. Ahigal)
CANO PÉREZ, Teresa	(Trabajadora Social. E.A.P. Nuñomoral)
GALINDO SAN VALENTÍN, Rosa María	(Psiquiatra. Unidad Salud Mental de Plasencia)
GARCÍA MÉNDEZ, M <sup>a</sup> del Puerto	(Trabajadora Social. CEDEX Plasencia)
HERRERO SÁNCHEZ, Agapito	(Director Médico. Hospital Psiquiátrico Plasencia)
MATEOS ROMERO, M <sup>a</sup> . Consuelo	(Enfermera. Unidad Salud Mental de Plasencia)
RODRÍGUEZ ARIAS-IZARD, Carmen	(Médico. E.A.P. Nuñomoral)
SÁNCHEZ LÓPEZ, Cristina	(Psicóloga. Unidad Salud Mental de Plasencia)
SANTOS DE VEGA, Nieves	(Médico. E.A.P. Plasencia Sur)
VEGAS SÁEZ, Begoña	(Pediatra. E.A.P. Aldeanueva del Camino)

Coordinación del Grupo por parte de la Gerencia del Área: Ignacio ESCUDERO SÁNCHEZ. Dirección Médica de Atención Primaria.

Nuestro agradecimiento a las Secretarías de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área que han llevado a cabo el trabajo administrativo:

- SIMÓN GARCÍA, Consuelo
- HERNÁNDEZ GALINDO, M<sup>a</sup> Teresa

