



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN
ESPECIALIZADA EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

DOCUMENTO TÉCNICO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL

Lima – Perú

2022

CONTROL DEL DOCUMENTO

RUBRO	A CARGO DE	FECHA	V. B.
ELABORADO POR	Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Adultos y Adultos Mayores / Servicio de Enfermería de la DEIDAE Adultos y Adultos Mayores	16/02/2022	 MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" Méd. Psiqu. Favio VEGA GALDÓS DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores CMP. 35840 RNE. 19620
REVISADO POR	Oficina Ejecutiva de Planeamientos Estratégico / Equipo de Organización y Modernización Institucional	24/11/2022	 J. RIOS P.
APROBADO POR	Dirección General	21/12/2022	 V. CRUZ C.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
I. FINALIDAD.....	5
II. OBJETIVOS.....	5
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
IV. BASE LEGAL.....	5
V. CONTENIDO.....	6
Intervención de Enfermería en Consejería Especializada en Salud Mental	
a. Consejería de enfermería	7
b. Conciencia de enfermedad.....	11
c. Adherencia al tratamiento farmacológico.....	16
d. Preparación y toma correcta de los medicamentos.....	24
e. Control médico.....	32
f. Conocimiento de la esquizofrenia.....	36
g. Conocimiento de la depresión.....	45
h. Beneficios de los antipsicóticos.....	56
i. Efectos secundarios de los antipsicóticos.....	60
j. Beneficios de los antidepresivos.....	68
k. Efectos secundarios de los antidepresivos.....	72
l. Prevención del síndrome metabólico.....	80
m. Prevención de las recaídas y recurrencias de un trastorno mental.....	92
n. Hábitos saludables: alimentación saludable.....	97
o. Hábitos saludables: sueño.....	108
p. Hábitos saludables: actividad física.....	117
VI. RESPONSABILIDADES.....	127
VII. ANEXOS.....	129

INTRODUCCIÓN

El acto de cuidar a las personas constituye la esencia profesional de la praxis de enfermería y es esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades del ser humano. La consejería, entendida como una de las prácticas del ejercicio profesional de salud y de enfermería en particular, es muy coherente para el cuidado de las personas en general.

La consejería ha sido definida como un encuentro consciente, intencionado, controlado y metódico entre dos personas; en la que el agente de ayuda posee conocimientos, autoconocimiento y adiestramiento específico, y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del cliente. Por ende, el agente de ayuda y el cliente trabajan en conjunto como aliados, ayudando el primero a crecer al segundo y a cambiar a través del planteamiento de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándoles a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva.

Una de las cuestiones fundamentales en la consejería es el respeto a la autonomía y poder de decisión del sujeto del cuidado, e implica el reconocimiento del derecho de estos sujetos a ser informados. Incluye la resolución de dudas; la exclusión de juicios críticos e información necesaria sobre los servicios propios; las decisiones sobre la salud, que competen en forma libre y responsable a los hombres y mujeres que son sujetos de cuidado.

En consecuencia, la consejería de enfermería es un proceso de intercambio, focalizado, confidencial y de soporte que se brinda cara a cara, en que los sentimientos, pensamientos, actitudes del paciente y/o familiar se expresan, se exploran, se clarifican; se otorga información completa, clara y suficiente que permita desmitificar ideas erróneas, mitos, tabúes y prejuicios, sin juzgar, regañar, condenar o manipular al usuario, a fin de que por sí mismo tome decisiones sobre su comportamiento en relación a un área problemática. La consejería se le relacionan tres funciones: INFORMAR, EDUCAR y MOTIVAR, para la toma de decisiones positivas y responsables.

La intervención de enfermería, se define como "cualquier tratamiento, basado en el conocimiento científico y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen todas las acciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los cuidados indirectos, dirigidas a los individuos, las familias o la comunidad." En las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

En consideración de este marco conceptual, el Documento Técnico: Intervención de Enfermería en Consejería especializada en salud mental (DT: IECSM), es una herramienta técnica científica sistematizada y validada en la práctica clínica por las enfermeras que han realizado consejería en modalidad virtual entre los años 2020 y 2022 en la Unidad de atención ambulatoria virtual en adultos y adultos mayores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN")

El documento técnico, en su estructura contiene dieciséis intervenciones de enfermería descritas cada una de ellas en seis acápites: 1. Fundamentación, 2. Definición, 3. Objetivos de la enfermera y del paciente o familiar, 4. la Intervención de enfermería propiamente dicha, 5. las instrucciones para el paciente o familiar y 6. la Bibliografía consultada. La fundamentación, advierte el conocimiento científico en el cual se sustenta la intervención de enfermería y es útil como marco de referencia que la enfermera tiene al desplegar su accionar; la definición alude a la concepción de la intervención que se proyecta realizar, los objetivos se refieren a la expectativa y logro de la enfermera, así como de lo que se espera logre el paciente o familiar con la intervención; la intervención propiamente dicha, guía a la enfermera señalando las acciones que realizará con el paciente o familiar partiendo del saludo, la actitud, la conducta no verbal, cómo motivar, las preguntas que podría formular para explorar saberes previos, creencias, necesidades, entre otros; la instrucción que requiere proporcionar para el cambio del comportamiento en el paciente o familiar, cómo reforzar sus logros, hasta el cierre y despedida de la consejería, todo con una direccionalidad terapéutica. Cabe precisar que, en el DT, el término enfermera se refiere a los profesionales de enfermería de ambos sexos.

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar las intervenciones que realiza el profesional de Enfermería Especialista en Salud Mental para el logro de un objetivo terapéutico específico en la consejería especializada a personas adultas y adultas mayores que se atienden en la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Adultos y Adultos Mayores (DEIDAEAAM) del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN")

II. OBJETIVOS

- 2.1 Fortalecer el desarrollo de las competencias de los profesionales de Enfermería Especialistas en Salud Mental, con la implementación del abordaje en consejería a pacientes adultos y adultos mayores en la DEIDAEAAM del INSM "HD-HN".
- 2.2 Proveer al paciente y familiar herramientas básicas y específicas para su empoderamiento, el autocuidado y se constituya en actor del proceso de recuperación de su salud mental previniendo los riesgos para su salud física y mental asociados al trastorno mental, el tratamiento y estilo de vida.
- 2.3 Facilitar a las enfermeras la ejecución de la consejería de enfermería, preferentemente a las ingresantes y a los estudiantes de enfermería de pre y post grado que utilizan el Instituto como sede docente.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico esta dirigido a los Profesionales de Enfermería encargados de la Implementación en la intervención en Consejería Especializada en Salud Mental en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

IV. BASE LEGAL

- 4.1 Ley N°26842, Ley General de Salud.
- 4.2 Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- 4.3 Decreto Supremo N°054-2018-PCM, que aprueba los Lineamientos de Organización de Estado y modificatorias.
- 4.4 Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.5 Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N°008-2010-SA.
- 4.6 Decreto Supremo N°007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaria
- 4.7 Ley N°30947, Ley de Salud Mental, y su Reglamento, según Decreto Supremo N°007-2020-SA.
- 4.8 Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 4.9 Resolución Ministerial N°462-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".
- 4.10 Resolución Directoral N°276-2004-DG-IESM "HD-HN", que aprueba el Manual de Organización y Funciones MOF de la Dirección Ejecutiva de Investigación,

Docencia y Atención Especializada de Adultos y Adultos Mayores del INSM "HD-HN".

- 4.11 Resolución Directoral N°041-2019-DG/INSM "HD-HN", que aprueba el Mapa de Procesos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

V. CONTENIDO

Intervención de Enfermería en Consejería Especializada en Salud Mental:

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

1. Fundamentación

La comunicación es una necesidad y una característica intrínseca de los seres vivos, cuya importancia se ve reflejada también en el mundo sanitario. Al igual que ocurre en las relaciones sociales, toda relación asistencial implica necesariamente una relación interpersonal, en la que los aspectos comunicativos –bien entre el equipo interdisciplinar o entre el profesional de la salud y paciente–son considerados como una de las piezas claves.

Las repercusiones de una buena comunicación entre sanitario y paciente se manifiestan no sólo en los resultados clínicos, sino también en la satisfacción y sensación de bienestar, seguridad y confianza de los pacientes y sus familiares.

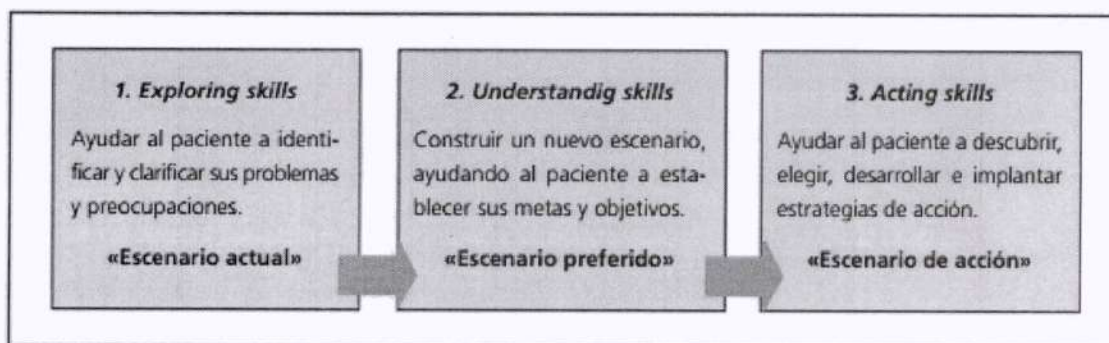
Es precisamente en el contexto de la comunicación profesional de la salud-paciente en el que ha demostrado tener gran utilidad el Counseling, también llamado "Consejo asistido" y "relación de ayuda". Este concepto apareció a mediados del siglo anterior en el campo de la psicología y actualmente, ha llegado a convertirse en un auténtico fenómeno cultural.

El Counseling se ha definido como un "proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional". Con esta técnica de comunicación se puede potenciar los propios recursos del paciente, promover su auto-conocimiento, manejar sus emociones y así facilitar que pueda vivir de un modo más pleno y gratificante, siendo consciente y comprendiendo su enfermedad. El Counseling se apoya, fundamentalmente, en el principio de la bioética -la beneficencia-, apareciendo un cambio de paradigma: de la toma de decisión basada en el paternalismo –donde se impone el mejor criterio del profesional sanitario– a un modelo deliberativo y participativo; es decir, no consiste en dirigir, ordenar, moralizar, ni juzgar la actitud del paciente, sino en facilitarle todos los elementos necesarios para que pueda corresponsabilizarse, con la ayuda de un profesional, en decisiones que atañan a su salud. Por tanto, puede considerarse que el Counseling otorga al paciente el papel de "conductor" de su propio proceso salud-enfermedad y al profesional sanitario el de "facilitador" o "copiloto" de esa conducción.

La Consejería por tanto, es un proceso de intercambio, focalizado, confidencial y de soporte que se brinda cara a cara, en que los sentimientos, pensamientos, actitudes del paciente y/o familiar se expresan, se exploran, se clarifican; se otorga información completa, clara y suficiente que permita desmitificar ideas erróneas, mitos, tabúes y prejuicios, sin juzgar, regañar, condenar o manipular al usuario, a fin de que por sí mismo tome decisiones sobre su comportamiento en relación a un área problemática.

La consejería se la relacionan tres funciones: INFORMAR, EDUCAR Y MOTIVAR, para la toma de decisiones positivas y responsables.

Siguiendo el modelo secuencial de Gerard Egan, este proceso de interacción verbal comienza con una primera fase de exploración (exploring skills), en la que la consejera/o ha de clarificar y de entender la situación del paciente, para dar paso a continuación a una segunda etapa de nueva comprensión y de acompañamiento en el conocimiento de la verdad sobre la enfermedad y su tratamiento (understanding skills) y llegar, finalmente, a una fase de acción (acting skills) , tal y como se visualiza en la siguiente figura:



Fuente: Martí C, Barreda-Hernández D, Marcos-Pérez G y Barreira Hernández D. Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente.

La consejería ha demostrado ser un recurso eficaz que coadyuva a enfrentar el impacto psicosocial en las personas y comunidades todo esto dentro de un marco de respeto a los derechos humanos, sin embargo, es importante considerar que, para conseguir este objetivo, es necesario, incrementar programas de capacitación permanente y procesos de sensibilización para las personas que ya otorgan este servicio y para futuros consejeros. En tal sentido, pueden hacer consejería los profesionales entrenados en consejería, que tengan información suficiente en los diferentes temas que se trabaje, así como de las metodologías y habilidades, como la empatía, veracidad y aceptación incondicional, actitudes planteadas por Carls Rogers, quien indudablemente fue uno de los psicólogos humanistas promotores del Counseling. La primera de las actitudes recuerda la importancia de la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión al paciente ("sentir lo que siente el paciente"). La congruencia y veracidad requiere un sólido asentamiento en valores del profesional que presta la ayuda y expresar su sinceridad ("ser genuino y honesto con el paciente"). Por último, la aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas, la biografía de la otra persona, su estilo de vida y su comportamiento. Todas estas competencias del profesional sanitario permitirán que realice su trabajo eficazmente y que la consejería resulte lo más fructífera posible para ambos actores.

2. Definición

La Consejería de enfermería es un proceso de interacción comunicacional, educativo, interpersonal y participativo entre una enfermera capacitada y el paciente y/o familiar en conflicto, centrado en facilitar la comprensión de los factores de una situación identificada para involucrarse de manera proactiva, libre y consciente para buscar una solución utilizando sus propios recursos.

Se recomienda, que el tiempo de la consejería no sea mayor de 60 minutos por sesión y en lo posible no exceder de 4 sesiones.

3. Objetivos:

- Facilitar en el paciente adulto y adulto mayor y/o familiar en conflicto, el reconocimiento del problema y de los factores que contribuyen a mantenerlo o exacerbarlo e identificar sus recursos internos para dar solución al mismo y ofrecerle soporte emocional.
- Potenciar la propia capacidad del paciente adulto y adulto mayor y/o familiar para la toma de decisiones en el afronte y resolución del problema relacionado con el motivo de consejería de enfermería.
- Facilitar el crecimiento personal del paciente adulto o adulto mayor y/o familiar, así como el de la propia enfermera/o consejera/o

4. Instrucciones para la Enfermera

La Enfermera realizará la Consejería siguiendo las tres fases propuestas por Gerard Egan:

- a. Escenario actual
- b. Escenario preferido
- c. Escenario de acción

Cada una de estas fases puede ser motivo de una sesión de consejería. Previamente a la ejecución de la Consejería, ejecute lo siguiente:

- a. Disponga de un ambiente privado, libre de estímulos auditivos y visuales
- b. Evite las barreras físicas entre usted y el paciente o familiar
- c. Disponga de dos sillas cómodas para ellos
- d. Revise la solicitud de consejería y la historia clínica del paciente

Escenario actual: Ayude al paciente a identificar clarificar sus problemas y preocupaciones:

- a. Salude al paciente y/o familiar y recíbalos con cordialidad.
- b. Preséntese dando su nombre y profesión.
- c. Hable al paciente y/o familiar por su nombre, tratándolos de usted.
- d. Identifique la forma en que se comunica con ellos a fin de ser empática.
- e. Señale el motivo de la solicitud de consejería en un tono amable.
- f. Exprese una frase amable que muestre que está interesada en ayudarlos.
- g. Use comunicación no verbal útil, es decir muestre su actitud de ayuda con su postura, su expresión a través del todo, excepto del habla.
- h. Identifique qué información ya conoce, así como las creencias que tiene el paciente y/o familiar acerca del tema a abordar.
- i. Acompañar al paciente y/o familiar para facilitarle compartir su problemática y que este proceso de acompañamiento sirva para favorecer aprendizajes significativos y válidos para su vida.
- j. Es muy importante empezar con preguntas sobre fortalezas, intereses, deseos y preferencias.
- k. Haga preguntas abiertas son muy útiles, éstas usualmente comienzan con "¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?". Por ejemplo, ¿Cómo está usted tomando la medicación? Evite que la sesión parezca un interrogatorio; necesita hacer preguntas pertinentes que proporcionen información significativa.
- l. Devuelva el comentario al paciente y/o familiar.
- m. Dé muestras de empatía—exprese que usted entiende cómo se siente el paciente y/o familiar.
- n. Puede suceder que el usuario manifieste ciertos sentimientos y emociones, tales como; ansiedad, temor, angustia, tristeza, llanto, entre otros por la situación que enfrenta. La consejera requiere en todo momento facilitar y no evitar la expresión de éstos.
- o. Evite hacer juicios. Por ejemplo, "esto que usted está haciendo no es correcto"
- p. Acepte lo que el paciente y/o familiar piensa y siente, aun cuando éstos se contraponen a su manera de pensar
- q. Reconozca y elogie lo que el paciente y/o familiar están haciendo bien.
- r. Utilice ciertas técnicas (espejear, parafrasear, hacer eco o resonar, reformulación propia del usuario, normalización, confrontación, focalizar, sintetizar, sondear, sintonizarse) que sirvan para que el paciente y/o familiar se pueda dar cuenta de lo que le pasa.

Escenario preferido: Construir un nuevo escenario, ayudando al paciente a establecer sus metas y objetivos:

- a. Brinde información sobre el tema motivo de consejería, utilizando lenguaje sencillo y medios visuales para facilitar el aprendizaje. Evite dar órdenes.
- b. Proporcione material escrito acerca de la información impartida.
- c. Ayude al paciente y/o familiar a plantearse objetivos y metas relacionadas con el cambio que desea lograr.
- d. Facilite que el paciente y/o familiar planteen alternativas para la solución del problema.
- e. Fije una fecha con el paciente y/o familiar para la siguiente sesión de consejería

- f. Resuma los compromisos establecidos en la consejería
- g. Cierre la sesión de consejería utilizando frases esperanzadoras
- h. Registre la sesión de consejería en el sistema MentalCom.

Escenario de acción: Ayude al paciente o familiar a descubrir, elegir, desarrollar e implantar estrategias de acción:

- a. Ayude a que el paciente o familiar, establezca las tareas a ejecutar respecto a los cambios del comportamiento que se compromete a asumir a partir de la sesión de consejería (Elaborar Plan de acción)
- b. Ayude al paciente o familiar, identifique qué personas de su hogar pueden apoyarlo en la ejecución del plan.
- c. La enfermera podrá evaluar la obtención de los cambios en el comportamiento en la siguiente sesión de consejería, de lo contrario reiniciará los pasos a fin de determinar qué contribuyó a no lograr el cambio y modificar la consejería.

5. Instrucciones para el paciente o familiar:

- a. Según el tema motivo de consejería.
- b. Preferentemente, proporcione material escrito al paciente y/o familiar acerca del tema motivo de consejería con especial énfasis en las instrucciones que necesita aprender e incorporar en su conducta para obtener el cambio.

6. Bibliografía

Martí C, Barreda-Hernández D, Marcos-Pérez G y Barreira Hernández D. Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. En: Farm Hosp. 2013; 37(3):236-239.

Morales A, Moreno T, De Caso González L. Capítulo 10 Consejería básica para personas que viven con VIH o SIDA. En: VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud 2da. ed. Diciembre, 2009. p. 113-120.

Vílchez M. Curso: Cuidados de Enfermería en Salud del Escolar y Adolescente - Tema: La Consejería. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Chimbote. Setiembre, 2010.

Cánovas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis Doctoral. Capítulo II La Relación de Ayuda en Enfermería. Universidad de Murcia Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Murcia, 2008.

OMS, OPS, UNICEF. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación Manual del Participante. 1993, pp.27-29, 133-134.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

1. Fundamentación

El concepto de insight ha sido estudiado ampliamente en psiquiatría debido a su impacto en el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales.

La escasa o nula conciencia de enfermedad o insight es una característica asociada a los trastornos mentales que dificulta notablemente la administración de cuidados y la adherencia al tratamiento. Es el factor que predice con mayor frecuencia la inobservancia al tratamiento, así como mayores tasas de recaída, un mayor número de tratamientos involuntarios, un peor funcionamiento psicosocial, las agresiones y un peor curso de la enfermedad, es decir un alto coste para el enfermo y su familia.

Los pacientes esquizofrénicos muestran un menor insight que las personas que padecen de trastorno bipolar, depresión mayor u otros trastornos psicóticos. Carpenter et al. (1973) demostraron que el 81% del total de los esquizofrénicos carecían de insight. David et al. (1992) enfatizaron en el sentido de que no eran solo los esquizofrénicos los que poseían un pobre insight. Amador et al. (1994) también señalaron que las dimensiones del insight de los pacientes con trastorno bipolar eran más bajos al compararlos con los de otros grupos diagnósticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1973, realizó un estudio internacional multicéntrico, donde encontró que la falta de introspección fue el síntoma más común: el 97% de los pacientes esquizofrénicos presentaban déficit de insight. Entre el 50 y el 80% de los pacientes esquizofrénicos no tienen insight o este es tan bajo que cuestionan constantemente su tratamiento; resultados similares se encontraron en pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados. En estudios más recientes con pacientes psicóticos no institucionalizados se ha encontrado que el 57% de los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit moderado-grave de conciencia de enfermedad, el 32% manifiestan una marcada alteración respecto a las consecuencias sociales de su enfermedad y el 22% niegan la necesidad o el beneficio de la medicación.

Hasta el momento se han desarrollado tres modelos etiológicos predominantes sobre el escaso insight en las psicosis. El primero de ellos forma parte de lo que llamamos el **"modelo clínico"**, que aborda el insight como un síntoma primario dentro del desarrollo de la enfermedad, como lo son las alucinaciones o los delirios. El segundo de ellos es el llamado **"modelo neurocognitivo"**, que propone que la falta de insight es la consecuencia de déficits neurocognitivos asociados a lesiones cerebrales, en concreto, a daños en los lóbulos frontales, así como en los parietales. La tercera teoría es la del **"modelo psicológico de negación"**, que considera la falta de insight como un mecanismo psicológico de defensa frente a las consecuencias negativas de la enfermedad y defiende que forma parte de una estrategia de afrontamiento frente al estrés.

Se ha propuesto también una cuarta teoría, llamada de **"la dimensión social"**. En ella se sugiere que el nivel de insight de un individuo con psicosis está influido por su constructo social. Es decir, la forma en que un individuo entiende la enfermedad puede estar influida por las percepciones de la enfermedad mental y de su tratamiento que prevalecen en la cultura y el grupo social al que pertenece. No obstante, esta teoría no ha sido confirmada en estudios transversales.

Las primeras etapas de la enfermedad son claves en la preservación del insight con tratamientos que prevengan las recaídas. El insight es parcialmente recuperable si se asegura el tratamiento durante un periodo prolongado. A mayor tardanza en inicio del tratamiento peor insight, mayor aislamiento y peor habilidad social. Existen evidencias de que el insight, como síntoma nuclear de la enfermedad, puede quedar determinado en los 2-3 primeros años de la misma, según su evolución en las fases iniciales. En un tercio de pacientes esquizofrénicos el insight mejora si se mantiene el tratamiento.

Las perspectivas multidisciplinarias actuales se ocupan de la mejora del insight, a través de la escucha activa y reflexiva, y la empatía, como herramientas que ayudan a promover cambios en la conducta hacia una posición de cambio.

2. Definición

En la literatura actual es la concepción multidimensional la que se ha impuesto en y la más empleada en los estudios más recientes. Uno de los conceptos más aceptados es el de Amador y colaboradores (2004) que definen el insight como "un subtipo de autoconocimiento relativo a la enfermedad y a las consecuencias de ésta en la relación de un paciente con el mundo", lo que implica aspectos de autoconciencia y de introspección.

Tener una buena conciencia de enfermedad o insight significa tener:

- a. Capacidad para reconocer la enfermedad
- b. Capacidad para atribuir determinados síntomas a la misma enfermedad tanto en el presente como de manera retrospectiva
- c. Capacidad para detectar las consecuencias sociales de la enfermedad
- d. Capacidad para reconocer la eficacia del tratamiento sobre la enfermedad

3. Objetivos:

- a. Promover que el paciente adulto o adulto mayor con un trastorno mental y/o su familiar reconozcan que padece éste.
- b. Fomentar que el paciente adulto o adulto mayor con un trastorno mental y/o su familiar se interesen en conocer el trastorno mental que presenta.
- c. Motivar al paciente adulto o adulto mayor con un trastorno mental y/o su familiar para comprometerse a practicar las conductas relacionadas con el tratamiento del trastorno mental que adolece.

4. Instrucciones para la Enfermera

La ejecución de las actividades en cada sesión estará sujeta al rendimiento del paciente y/o familiar

Primera sesión:

- a. Indague si el paciente y/o familiar conoce el nombre del trastorno que adolece
- b. Explore acerca de:
 - la información que tiene el paciente y/o familiar respecto al trastorno mental
 - sentimientos y emociones que experimenta por tener este trastorno mental
 - sus preocupaciones y miedos
 - sus creencias y expectativas
 - el efecto de la enfermedad en su vida cotidiana
 - sus dudas y preguntas

- c. Anime al paciente y/o familiar a verbalizar sus respuestas mediante lo siguiente:
 - d. Muestre su comprensión con conductas verbales y no verbales que usted comprende el significado que la dolencia tiene para ellos
 - Algunas preguntas útiles durante la entrevista pueden ser:
 - ¿A qué cree usted que se debe lo que le pasa?
 - ¿Cómo ha influido en su vida?
 - ¿Cómo afecta a la vida diaria?
 - ¿Qué es lo que más teme o le preocupa de la enfermedad?
 - ¿Quiere usted hablarme más acerca de eso?
 - ¿Le preocupa que pueda ser algo serio?
 - ¿Algo más quisiera comentarme o preguntarme?
 - e. Formule al paciente y/o familiar dos preguntas para reflexionar y a las que responderá por escrito (proporcionarle papel y lapicero):
 - ¿Cómo es mi vida actualmente?
 - ¿Cómo quiero que sea mi vida una vez que haya superado la enfermedad?
- El objetivo es que el paciente y/o familiar se dé cuenta que, si no pone de su parte para recuperarse, no podrá alcanzar sus objetivos.
- f. Ayude al paciente a elaborar por escrito qué ventajas y desventajas tiene el superar el trastorno mental (**Cambiar**)
 - g. Ayude al paciente y/o familiar a elaborar por escrito qué ventajas y desventajas tiene por continuar enfermo (**Seguir igual**)
 - h. Proporcione el material impreso conforme al siguiente patrón:

Trastorno mental	
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Cambiar	Cambiar
(Enumerarlas)	(Enumerarlas)
Seguir igual	Seguir igual
(Enumerarlas)	(Enumerarlas)

- i. Dé a conocer al paciente y/o familiar las conclusiones de la sesión de consejería
- j. Acuerde una nueva cita para la siguiente sesión

Segunda sesión:

- a. Proporcione una lista de frases motivadoras sobre la vida, pedirle la lea y luego elija una o dos de ellas con las que más se identifique y señale el por qué.
- b. Diga al paciente y/ familiar: lo ayudaré a buscar la mejor solución, sin embargo, si la prueba y ésta no parece funcionar, no se desanime, encontraremos alguna que le funcione, y yo lo acompañaré hasta que lo consiga.
- c. Pida al paciente escriba qué ideas tiene sobre las posibles soluciones para salir del trastorno mental. Puede ayudarlo formulando alguna de estas preguntas:

¿Qué puede hacer para salir del trastorno mental?

¿Qué podrá hacer?

¿Qué opciones tiene?

¿Qué es lo que cree que hará?

¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora?

¿Qué es lo que quiere cambiar?

¿Cuál cree que es el primer paso?

- d. Ayude al paciente a seleccionar aquellas *alternativas de solución* que *cumplan los criterios para la recuperación*
- e. Pida al paciente, en casa establezca *otro objetivo que desea lograr*, que tiene *relación con su vida y no con el trastorno mental*

Tercera sesión:

- a. Pida al paciente y/o familiar, escriba en un pedazo de cartulina, el cual debe conservar:
- b. El *objetivo que desea lograr* y por el cual ha decidido salir del trastorno mental
- c. Las *alternativas de solución* seleccionadas *para salir del trastorno mental*
- d. La *frase motivadora de vida que utilizará en este proceso*
- e. Pida al paciente y/o familiar coloque esta cartulina en un lugar visible de su habitación u otro lugar de su vivienda que sea importante para él
- f. Informe al paciente y/o familiar que el siguiente paso es recibir información para conocer su trastorno mental, lo cual será objeto de otra consejería que debiera ser solicitada por su médico tratante
- g. recomiende trabajar en los cambios acordados
- h. Señale que puede contactar con usted, si tuviera alguna dificultad en realizar los cambios
- i. Cierre la sesión
- j. Despidase cordialmente del paciente y/o familiar

5. Instrucciones para el paciente o familiar:

Estas han sido detalladas conjuntamente con las instrucciones para la enfermera y no requiere entregar material escrito al paciente y/o familiar.

6. Bibliografía

García M^a. Conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en el paciente psicótico. Tesis Doctoral. Salamanca, 2015. pp. 7-12, 13-19.

Esparza F. La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. En: Documentos de Trabajo Social · nº49 · Murcia

Pascual M, Vilaplana A, Pedrós A, Martínez P. Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. En: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2018; 38(134): 491-508. Valencia.

Lang A et al. Los predictores de "insight" con respecto a la enfermedad mental entre los pacientes psicóticos y no psicóticos. En: Eur. J. Psychiat. Vol. 17, N.º 4, (199-209) 2003.

Fernández L. Entrevista motivacional como intervención enfermera para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria. Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria. Junio, 2017.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Fundamentación

La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial. Las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales, el virus de la inmunodeficiencia humana /síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis, juntos, representan 54% de la carga mundial de todas las enfermedades en 2001 y sobrepasarán 65% en todo el mundo en 2020. Los pobres son afectados desproporcionadamente.

Los pacientes con trastornos mentales suelen tener grandes dificultades para cumplir las pautas posológicas, pero al mismo tiempo son los que presentan un mayor potencial para obtener grandes beneficios en la evolución del trastorno mental asociados a una buena adherencia terapéutica.

El porcentaje de abandonos es más alto en los primeros meses de tratamiento o tras recibir el alta hospitalaria, lo que se traduce en recaídas y nuevos episodios de la enfermedad que pueden incluso revestir mayor gravedad.

En pacientes esquizofrénicos, entre un 25% y un 50% incumplen el tratamiento, y entre un 30% y un 60% abandonan el tratamiento en el primer año.

La falta de adherencia farmacológica en los pacientes con trastorno bipolar se estima alrededor del 41% y para depresión está entre un 40-60%. Aproximadamente, un tercio de los pacientes que inician tratamiento antidepresivo, lo han dejado antes de los tres meses. En los trastornos de ansiedad las cifras de no adherencia alcanzan un 57%

En el caso de la no adherencia podemos distinguir dos situaciones en relación con la voluntad o intencionalidad del paciente:

1. **La intencional:** pacientes que deliberadamente retiran o bajan la dosis de la medicación prescrita. Razones que dan:
 - Creen que no la necesitan para estar bien.
 - Perciben los efectos secundarios o adversos como más perjudiciales que la propia enfermedad.
 - No quieren depender de la medicación para estar bien.
 - Razones de cultura o de creencias.
2. **La no intencional:** se olvidan de forma involuntaria:
 - Olvidan tomar la medicación.
 - Se les termina y la dejan unos días hasta que la compran o se la prescriben de nuevo.

Ambas circunstancias se pueden ocultar en el mismo paciente.

Se ha observado muchas formas de falta de adherencia a la medicación, tantas como pacientes. Hay enfermos que no inician la medicación prescrita, otros no toman suficiente medicación, o toman demasiada, o no observan el intervalo correcto entre dosis. Otras categorías serían la suspensión del tratamiento antes de tiempo, el descanso temporal con reanudación posterior (drug holiday) y la toma de medicamentos no prescritos o de medicinas alternativas. Un sujeto

bien conocido en las consultas médicas es aquel que toma la medicación esporádicamente, pero cuando se acerca la fecha de la consulta cumple fielmente.

Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios. La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

En la tesis doctoral de García M^a, señala que, la investigación previa sugiere que el no cumplimiento se asocia a consecuencias graves, incluyendo la exacerbación de los síntomas, el aumento de la auto agresividad y la heteroagresividad, un peor pronóstico clínico, el incremento de la hospitalización y el empleo del servicio de urgencias, mayores costes de la atención sanitaria, deterioro en el grado de autonomía, empeoramiento del funcionamiento en la vida diaria, aumento de comorbilidad, un mayor riesgo de violencia y actos ilegales, comportamiento suicida y la muerte en general. La consecuencia más importante del incumplimiento terapéutico en las psicosis es la posibilidad de recaída de los síntomas psicóticos.

Las recaídas psicóticas repetidas, especialmente en las primeras etapas de la enfermedad, pueden empeorar el curso y el pronóstico del paciente, y pueden dar lugar a resistencias a los medicamentos antipsicóticos y a la aparición de síntomas psicóticos crónicos.

Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos. Los estudios que se realizan descubren sistemáticamente ahorros de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia terapéutica. Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades.

Para mejorar la adherencia es importante que el prescriptor entienda lo que el paciente piensa y cree y se preocupe por su enfermedad y tratamiento y cualquier circunstancia o causa que potencialmente le dificulte tomar medicación.

Los factores asociados al incumplimiento de la prescripción son múltiples. Sin embargo, los factores más investigados y con mayor incidencia que predicen en cierto modo la mala adherencia terapéutica pueden dividirse en cuatro categorías principales: factores relacionados con el paciente (el insight, los conocimientos, las creencias y actitudes que tienen los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento), factores relacionados con la enfermedad, relacionados con la medicación y relacionados con el entorno del paciente (la familia y la comunidad, y el vínculo con el médico y el sistema sanitario). Esta división es muy útil para detectar las causas potenciales del incumplimiento que, generalmente surge de la interacción entre varios factores.

Los pacientes necesitan apoyo, no que se los culpe. A pesar de las pruebas que demuestran lo contrario, sigue habiendo una tendencia a centrarse en los factores relacionados con el paciente como las causas de los problemas con la adherencia terapéutica, y se descuidan relativamente el personal sanitario y los determinantes de salud relacionados con el sistema. Estos últimos factores, que constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes son atendidos, ejercen un notable efecto sobre la adherencia terapéutica.

Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores. Se necesitan intervenciones adaptadas a los pacientes. No hay ninguna estrategia de intervención o conjunto de estrategias que haya resultado eficaz para todos los pacientes, afecciones y entornos. En consecuencia, las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente.

La adherencia terapéutica es un proceso dinámico que debe seguirse. La mejora de la adherencia terapéutica requiere un proceso continuo y dinámico.

La familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes: un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica. Prestar efectivamente atención para los procesos crónicos

requiere que el paciente, la familia y la comunidad que lo apoya desempeñen toda una función activa. Se ha informado sistemáticamente que el respaldo social, es decir, el apoyo informal o formal recibido por los pacientes de otros miembros de su comunidad, es un factor importante que influye en los resultados de salud y los comportamientos. Existen pruebas sustanciales de que el apoyo de los compañeros de los pacientes puede mejorar la adherencia terapéutica y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los procesos crónicos. Se necesita un compromiso más fuerte con un enfoque multidisciplinario para lograr avances en este tema. Esto requerirá la acción coordinada de los profesionales de la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de políticas.

Se ha hecho un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Creemos que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los pacientes, dado que los pacientes enfrentan varios riesgos potencialmente graves si no observan las recomendaciones de salud como fueron prescritas. A continuación, se enumeran algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a sus tratamientos como corresponde:

a. *Recaídas más intensas*

Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a la medicación prescrita pueden ser más graves que las que ocurren mientras el medicamento se toma como fue recomendado, de modo que la adherencia deficiente persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad y, con el tiempo, hacer que exista menos probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento.

b. *Riesgo aumentado de dependencia*

Muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si son tomados incorrectamente. Buenos ejemplos son los benzodiacepinas.

c. *Riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote*

Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia y efecto rebote, por ejemplo, en pacientes tratados por depresión, y en consecuencia disminuye la probabilidad de que un paciente experimente el efecto rebote por la interrupción.

d. *Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos*

e. *Riesgo aumentado de toxicidad*

En el caso de sobreuso de medicamentos (un tipo de falta de adherencia terapéutica), los pacientes enfrentan un mayor riesgo de toxicidad, especialmente de los medicamentos con farmacodinamia acumulativa o un bajo umbral de toxicidad (por ejemplo, el litio). En particular, esto se verifica con los pacientes ancianos (farmacodinamia alterada) y los afectados por trastornos mentales, como la esquizofrenia.

f. *Riesgo aumentado de accidentes*

Muchos medicamentos deben tomarse junto con cambios del modo de vida que son una medida preventiva contra el mayor riesgo de accidentes, que se sabe son un efecto secundario de ciertos medicamentos. Por ejemplo, aquellos que requieren abstenerse del alcohol o precauciones especiales al conducir algún vehículo (sedantes e hipnóticos y en general con todos los psicofármacos).

La no adherencia a los regímenes de tratamiento es un desafío persistente para el personal de enfermería y los demás profesionales de la salud. Los profesionales de enfermería son conscientes de las consecuencias de la no adherencia y su costo elevado para el paciente, la comunidad y el sistema de atención de salud. El Consejo Internacional de Enfermeras calcula

que hay cerca de 12 millones de profesionales de enfermería en todo el mundo, y con una comprensión adecuada de la dinámica de la adherencia y las técnicas para evaluar y vigilar los problemas de la no adherencia, estos millones de profesionales de la salud constituyen una fuerza formidable para mejorar la adherencia y los resultados de la atención.

Su presencia en todos los entornos de atención de salud, su cercanía a las personas y su gran número se combinan para colocarlas en posición de participar en las estrategias sostenidas para mejorar la adherencia terapéutica.

Las intervenciones de enfermería para multiplicar la adherencia deben basarse en enfoques innovadores que incluyen la participación del paciente en el autocuidado y la evaluación y el monitoreo continuos de los regímenes de tratamiento por la enfermera. Tales enfoques deben fomentar asociaciones terapéuticas entre pacientes y personal de enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguirse los regímenes de tratamiento. Dado que gran parte del tratamiento para los procesos crónicos tiene lugar en el hogar y entornos comunitarios, el personal de enfermería puede proporcionar un enlace y apoyar mediante visitas a domicilio, y recordatorios telefónicos y de otro tipo que facilitan la adherencia. Por medio del contacto sostenido, el personal de enfermería puede forjar una alianza terapéutica con los pacientes y sus familias y prestar apoyo constante para la toma de los medicamentos recomendados. Asegurar que se siguen los regímenes de tratamiento y administrar los medicamentos y demás tratamientos son algunas de las funciones clave en la enfermería. Los programas de educación continua para las enfermeras y los demás profesionales de la salud pueden mejorar su competencia y concientización sobre la importancia de la adherencia en la atención de salud.

En pacientes con bajo insight las opciones para asegurar el tratamiento no pasan por argumentos racionales (psicoeducativos) que suelen dar resultados limitados, sino por argumentos emocionales. No se puede convencer al paciente de que se medique "porque está enfermo", argumento inasequible para él. Hay que COMUNICARSE y "seducirlo" con objetivos que puedan interesarle y aporten menos conflictividad a su entorno.

La entrevista motivacional, es una técnica dirigida específicamente a que el enfermo mental encuentre razones para aceptar el tratamiento a pesar de que admita o no estar enfermo. Lo importante es que acepte el tratamiento, aunque para ello el motivo sea, por ejemplo, el poder encontrar trabajo y no sea porque piense que está enfermo. Significa que el establecer una relación de respeto y confianza es la clave para ayudar a alguien con poca conciencia de la enfermedad mental a aceptar el tratamiento. Es una técnica de ayuda al enfermo mental que supone una ventana abierta a la esperanza.

2. Definición

La adherencia se utiliza para hacer referencia a un *compromiso voluntario y colaborador* por parte del paciente con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado. Las personas que se adhieren son consideradas como parte activa de un plan consensuado de mutuo acuerdo en el que los pacientes tienen un papel al aceptar la importancia de llevar a cabo determinadas acciones.

En tanto que, el término *cumplimiento* hace referencia al grado en que los pacientes *obedecen* y siguen las instrucciones y prescripciones del profesional de la salud.

Cabe indicar que, el presente procedimiento hace referencia exclusivamente a la *adherencia al tratamiento farmacológico* o *adherencia farmacológica*.

La Organización Mundial de la Salud, define la *adherencia a un tratamiento* como el cumplimiento del mismo; es decir, *tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado*.

3. Objetivos

La enfermera/o consejera/o facilitará que el paciente adulto/adulto mayor o su familiar desarrollen la capacidad para:

- a. Reconocer los beneficios de la adherencia al tratamiento farmacológico.
- b. Reconocer las complicaciones de la no adherencia al tratamiento farmacológico.
- c. Valorar la toma de los medicamentos como factor de protección principal para recuperarse, mantener su funcionalidad, lograr sus metas y tener mejor calidad de vida.
- d. Asumir el compromiso para la resolución de los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Explore en el paciente y si se requiere con ayuda del familiar cuidador *sin juzgar y dando soporte emocional si fuera el caso*, respecto a los factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico:

Conocimientos:

- ¿Sabe el nombre del trastorno mental que presenta?*
- ¿Sabe en qué consiste ese trastorno mental?*
- ¿Su familia acepta que usted tiene un trastorno mental? ¿Alguno de sus familiares no acepta el hecho que usted tenga un trastorno mental?*
- ¿Conoce el nombre de los medicamentos prescritos?*
- ¿Sabe en qué horario debe tomarlos?*
- ¿Conoce los beneficios de estos medicamentos?*
- ¿Conoce los efectos secundarios de estos medicamentos?*
- ¿Cómo hace usted para preparar los medicamentos?*
- Le pido, me explique ¿De qué forma toma sus medicamentos?*
- ¿Cuáles son las consecuencias que puede tener si no toma los medicamentos que su médico le ha indicado?*

Creencias:

- ¿Qué piensa acerca de los medicamentos?*
- ¿Qué cree le puede pasar si toma los medicamentos?*
- ¿Qué cree le puede pasar si no toma los medicamentos prescritos?*
- ¿Qué sentimientos experimenta por tomar los medicamentos?*
- ¿Cree que puede llegar a ser dependiente o inmune a los efectos de la medicación con el uso prolongado, y que ésta puede dejar de hacer efecto?*
- ¿El hecho de tomar medicamentos le restan valor como persona?*
- ¿Sus familiares apoyan el hecho de que usted tome los medicamentos indicados por su médico? ¿Alguno de sus familiares se opone?*
- ¿Usted se relaciona con algunas personas que están o no están de acuerdo con el hecho que usted tome medicamentos?*
- ¿Qué tan importantes son para usted las opiniones de estas personas?*

Expectativas:

- ¿Qué quiere lograr en la vida?*
- ¿Tomar los medicamentos le facilitan alcanzar estos logros?*
- ¿Tomar los medicamentos interfieren alcanzar estos logros?*

- b. Indague en el paciente y/o familiar, las **actitudes** asociadas al tratamiento farmacológico:

Rechazo completo

Rechazo parcial: el paciente rechaza la forma intramuscular o solo acepta una dosis oral mínima.

Aceptación si es persuadido

Aceptación si es persuadido al menos cada dos días

Renuencia ocasional

Aceptación pasiva: el familiar cuidador le administra la medicación y la acepta

Participación moderada: no necesita insistencia para tomar el tratamiento, solo requiere que se lo recuerden

Participación activa: acepta el tratamiento participando en su preparación y administración, sin embargo, a menudo olvida de hacerlo

Participación activa: acepta el tratamiento participando en su preparación y administración

- c. Exponga con calidez y utilizando un lenguaje adaptado al grado de instrucción del paciente y/o familiar, lo siguiente:

¿Qué es la adherencia farmacológica?

¿Cuál es la diferencia entre adherencia farmacológica y cumplimiento?

¿Cuáles son las consecuencias de la no adherencia farmacológica?

¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad? (crónica y recurrente)

¿Cuál es la acción de la medicación? (en la fase aguda y de mantenimiento)

¿Cuáles son los conceptos falsos arraigados en la sociedad? P. ej. "que produce adicción"

El contenido y la profundidad de la información, dependerán del interés de ellos.

- d. Obtenga una copia de las *Instrucciones para el paciente o familiar* y entrégueles este material que contiene los conocimientos que usted ha impartido.
- e. Informe al paciente y/o familiar los factores identificados relación con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.
- f. Plantee junto con el paciente y/o familiar, las estrategias para lograr la adherencia al tratamiento farmacológico considerando los factores identificados en la exploración en el caso concreto y de las características individuales del paciente y/o familiar.
- g. Aborde la resolución de estos factores, será motivo de otras sesiones de Consejería de Enfermería, para lo cual usted debe consultar los Procedimientos de Consejería pertinentes.
- h. Establezca un contrato con el paciente para determinar las sesiones de Consejería de enfermería que sean necesarias para superar los factores que están contribuyendo a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.
- i. Programe la cita para la siguiente sesión de Consejería de enfermería.
- j. Dé refuerzo positivo por la decisión del paciente para participar en las siguientes sesiones de Consejería de enfermería a fin de lograr la adherencia al tratamiento farmacológico.
- k. Despida cordialmente al paciente y/o familiar.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué es la adherencia al tratamiento farmacológico?

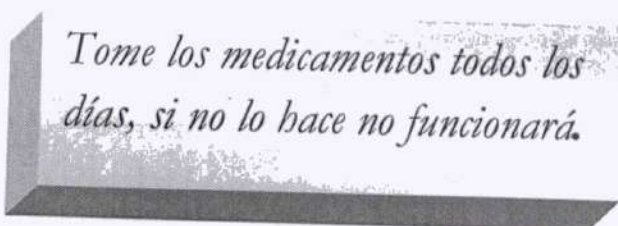
Esta, se refiere a la *toma correcta de la medicación indicada por el médico psiquiatra* tratante.

La decisión de seguir un determinado tratamiento es del **paciente: principio de autonomía**, quien debe **tomar esta decisión** tras la **información proporcionada** por el médico o la enfermera/o y ser **constante** con la **decisión tomada**.

¿Cuáles son los beneficios de la adherencia al tratamiento farmacológico?

Si usted toma los medicamentos exactamente como el médico tratante le ha indicado, podrá lograr los siguientes beneficios:

- Mejor control y/o recuperación del trastorno mental que presenta
- Eliminar o disminuir los síntomas del trastorno mental que padece
- Evitar nuevos episodios del trastorno
- Recuperar la capacidad para el desempeño en todas las áreas de su vida tal como usted lo hacía o lo más cerca posible como antes del trastorno.
- Hacer un buen uso de los servicios del establecimiento de salud donde se atiende.
- Ahorrar gastos innecesarios



*Tome los medicamentos todos los
días, si no lo hace no funcionará.*

¿Qué significa falta de adherencia al tratamiento farmacológico?

La **falta de adherencia** o **no adherencia** al tratamiento farmacológico es cuando el paciente, entre otros, realiza uno o más de los siguientes comportamientos:

- Rechaza tomar los medicamentos que su médico tratante le ha indicado
- Toma menos cantidad de la que su médico le ha indicado
- Toma mayor cantidad de la que su médico le ha indicado
- Solamente toma los medicamentos cuando se siente enfermo
- Acepta tomar los medicamentos solo cuando le dan una propina o "regalo"
- Toma los medicamentos indicados solo si un familiar u otra persona se los da
- Toma los medicamentos, siempre que se lo recuerden
- Suspender la medicación cuando se siente mejor
- Si después de un tiempo de tomar los medicamentos, usted, se da un descanso, es decir deja de tomar los medicamentos por unos días, semanas o meses
- Si deja de tomar los medicamentos sin consultar previamente con su médico cuando éstos le ocasionan efectos secundarios
- Si deja de tomar los medicamentos cuando tiene una reunión social (fiesta u otro compromiso con amistades o su pareja)
- Si toma otros medicamentos que su médico no le ha recetado

¿Cuáles son las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico?

Si el paciente decide no tomar los medicamentos exactamente como su médico tratante le ha indicado, corre un alto riesgo de presentar graves consecuencias:

- Impide la recuperación de la enfermedad
- Síntomas más graves
- Mayor número de recaídas
- Mayor gravedad de las recaídas
- Empleo frecuente de los servicios de Emergencia
- Mayor número de hospitalizaciones
- Mayor duración de los ingresos hospitalarios
- Peor evolución de la enfermedad

- i. Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos
- j. Empeoramiento de la capacidad para funcionar en la vida diaria
- k. Disminución en el grado de autonomía (valerse por sí mismo)
- l. Mayor riesgo de enfermarse de padecimientos físicos y otros trastornos mentales
- m. Aumento de la agresividad hacia sí mismo o a terceras personas
- n. Un mayor riesgo de violencia y actos ilegales
- o. Aumento del riesgo de suicidio
- p. Menor calidad de vida
- q. Repercusiones en los cuidadores y la familia

*Usted puede estar libre de todas estas
consecuencias si decide libre y voluntariamente
ser constante en tomar los medicamentos
exactamente como su médico le ha indicado.*

6. Bibliografía

- García M^a. Conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en el paciente psicótico. Tesis Doctoral. Salamanca, 2015. pp. 23-86.
- Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–Nº 2-2005 p. 40-48.
- Izaskun S. Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas. Trabajo Fin de Grado. Universidad de la Rioja – Escuela de Enfermería. La Rioja, 2015.
- Serrano M^aM., Serrano M^aC., Méndez R., Menéndez B., Serrano M. La recaída en los trastornos esquizofrénicos y los nuevos abordajes: una revisión y las primeras experiencias con palmitato de paliperidona. En: Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría. p. 87-97.
- García Díaz B. El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. En: Monografías Dr. Antonio Esteve Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos. Barcelona, 2000. p.65-72.
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington, D.C., 2004. p. 159-160.
- Ministerio de Salud. Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia. Santiago: MINSAL, (2017). p. 55-56

PREPARACIÓN Y TOMA CORRECTA DE LOS MEDICAMENTOS

1. Fundamentación

El éxito de la farmacoterapia no solo depende de una adecuada prescripción médica tras un correcto diagnóstico de la enfermedad, sino que requiere, asimismo, un adecuado cumplimiento del tratamiento prescrito. En general, es muy importante concienciar al paciente sobre la necesidad de cumplir correctamente con la medicación y, para ello, es preciso motivarlo y ofrecerle un asesoramiento adecuado acerca del tratamiento que debe seguir y la manera de realizarlo correctamente.

La mala utilización de medicamentos provoca alteraciones en la respuesta farmacoterapéutica, no sólo *dificultando el éxito terapéutico*, sino que a veces provoca también la *aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)*. Por tanto, nos encontramos con un "problema de salud".

El *consejo educativo* una de las herramientas de que disponemos para abordar un problema de salud, como es la mala utilización de medicamentos, y conseguir que los pacientes adopten conductas positivas en cuanto a su utilización.

El hecho de introducir el consejo educativo en la dispensación tiene como objetivos:

1. *Disminuir los PRM, debidos a la actitud del paciente.*
2. *Incrementar la eficacia de la intervención fármaco terapéutica.*

Conseguir estos dos objetivos implicaría, por tanto, optimizar los resultados en el estado de salud de los individuos de la comunidad.

La elevada presión asistencial hace que los pacientes ambulatorios no suelen recibir, por parte del médico, la totalidad de la información necesaria acerca del tratamiento. Por otra parte, los pacientes ingresados que reciben el alta hospitalaria se encuentran, de repente, ante la responsabilidad de seguir por sí mismos la terapia farmacológica, en contraste con su situación previa en que la responsabilidad de la administración del tratamiento recaía en el personal de enfermería. En ambos casos, *es el propio paciente quien debe controlar la toma de los medicamentos y, para ello, debe estar motivado y conocer exactamente cómo tomar la medicación, para no incurrir en un incumplimiento terapéutico.*

Vidal MA, señala que los errores más frecuentes que el paciente comete al utilizar la medicación son:

- No tomar la medicación.
- Tomar un medicamento erróneo.
- Errores relacionados con la preparación y administración de la medicación: tomar dosis incorrectas, intervalos entre dosis erróneos, vía inadecuada, tomar la medicación incorrectamente en relación con los alimentos.
- Omitir dosis.
- Actuar equivocadamente en caso de olvidarse de tomar una o más dosis.
- Error de actuación ante la presencia de algún efecto adverso.
- Interrumpir el tratamiento antes de finalizar el período prescrito.
- Alargar el periodo de tratamiento.
- No cumplir las recomendaciones higiénico-dietéticas.
- Tomar medicación caducada o en mal estado.

Muchos pacientes tienen problemas de entendimiento con los profesionales sanitarios (PS) por varias razones:

- a. Carencia de conocimientos médicos elementales (el término "oral" no es entendido por el 35% de los pacientes)
- b. Lenguaje utilizado por el PS.
- c. La información escrita (p. ej.: las recetas, los informes médicos) tiene un nivel ininteligible por la mayoría de la población.

Graduar la información proporcionada por los PS es una tarea difícil. Hay que adaptar el lenguaje y el ritmo de información al nivel de comprensión del paciente y dosificar el contenido de la información entre lo que quiere conocer el paciente y lo que el PS siente que el paciente necesita saber. Una misma palabra puede significar cosas distintas para diferentes personas. Las instrucciones confusas, como tomar la medicación con las comidas, puede interpretarse de muchas formas. Además, muchas personas no hacen tres comidas al día, y el enfermo que habitualmente come dos veces al día omitirá una dosis.

La información de medicamentos es una estrategia muy importante para mejorar el cumplimiento del tratamiento, aunque no debe ser la única. En la actualidad, se considera esta actividad como muy necesaria, pero no suele ser suficiente para mejorar la adherencia. La mejor intervención sobre el cumplimiento debe combinar estrategias educativas y conductuales, y debe ser regular y continuada. Cualquier elemento aislado es insuficiente para garantizar la adherencia. Un paciente bien informado que conozca su tratamiento puede no seguirlo si no tiene la motivación suficiente. Este es el caso de pacientes crónicos con bastante experiencia de su enfermedad. Por el contrario, un paciente puede estar motivado a seguir su tratamiento, pero no podrá hacerlo si no tiene la suficiente información, es decir, la gente no tomará bien la medicación si no sabe cómo. En estos pacientes la provisión de información puede resultar más beneficiosa.

El tipo de información proporcionada se clasifica en dos grandes grupos: oral y escrita, aunque también existen otros sistemas, como son los audiovisuales. La información oral es la que proporciona un mayor entendimiento por parte del paciente, ya que es bidireccional, es decir, no sólo se informa al paciente, sino que el profesional sanitario se debe asegurar de que el paciente entiende lo que se le explica, pidiéndole confirmación y dejándole expresar sus dudas. Este método es el más eficaz para conseguir una adecuada educación sanitaria. Para ello, la persona encargada de proporcionar la información debe tener unas características personales determinadas que faciliten dicha labor y que hagan que el paciente la acepte. Algunas de estas características incluyen ser amable, amigable y estar dispuesto a ayudar, tener facilidad de expresión y comunicación, dedicar el tiempo necesario, y sin prisas al paciente, ser accesible, transmitir confianza y seguridad, así como mantener una constante actualización sobre los fármacos de que se trate. Sin embargo, la información oral se olvida con el tiempo, por lo que es conveniente acompañarla de información escrita que permita al paciente reafirmar lo aprendido cuando haya regresado a su domicilio. Para ello, son útiles los folletos y las hojas informativas.

Cuando un paciente requiere tomar un fármaco, debe tener la información suficiente para hacerlo de forma correcta. Para ello, es necesario que conozca el motivo por el que precisa tomar el medicamento, la forma en que actuará en su organismo y el efecto que tendrá sobre su enfermedad. Todos estos aspectos hacen que el paciente adquiera un criterio sobre el beneficio que el fármaco puede reportar sobre su salud. Además de estos aspectos generales del medicamento, es preciso indicar al paciente *cómo debe tomarlo, qué dosis y durante cuánto tiempo, precauciones que debe considerar y/o efectos adversos* que pueda manifestar. Al conocer todos estos detalles sobre el medicamento, la actitud del paciente suele ser la de reforzar su interés en seguir correctamente el tratamiento, lo que queda directamente reflejado en el cumplimiento. No obstante, en otros pacientes la información suministrada puede originar el rechazo del tratamiento farmacológico, y en estas situaciones debemos, siempre y cuando no exista ningún tipo de riesgo para la sociedad, respetar al máximo su decisión. Esperemos que en un futuro no muy lejano siempre que un paciente reciba un medicamento, sea obligatorio proporcionar información sobre su utilización, como ya ocurre en otros países.

2. Definición

Las habilidades para la correcta preparación y toma de los medicamentos, se refiere a los *comportamientos* y la *motivación* que el paciente y/o familiar necesitan desarrollar e integrar a su repertorio cuando tiene una prescripción médica de uno o más medicamentos a fin de garantizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y obtener el éxito terapéutico, además, de prevenir los problemas relacionados con los medicamentos.

3. Objetivos

Al finalizar las sesiones de consejería (mínimo dos) el paciente adulto/adulto mayor o su familiar será capaz de:

- Realizar la preparación de los medicamentos conforme al procedimiento enseñado por la enfermera.
- Ejecutar el procedimiento para la toma de los medicamentos siguiendo el procedimiento enseñado por la enfermera.
- Reconocer la importancia de tomar los medicamentos por sí mismo.

4. Instrucciones para la Enfermera

- En la fecha que otorgue la cita, advierta al paciente o su familiar traer para la sesión de consejería la receta médica y los medicamentos indicados en una cantidad equivalente a una semana como mínimo.
- Escriba la prescripción médica en el formato de Registro para el control de la toma de medicamentos, según el paciente y/o familiar tenga o no instrucción (los formatos de estos registros se presentan a continuación)

REGISTRO PARA EL CONTROL DE LA TOMA DE MEDICAMENTOS

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____

HISTORIA CLÍNICA:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA	NOCHE
	Hora:	Hora:	Hora:	Hora:
Firma y sello de la Enfermera				

REGISTRO PARA EL CONTROL DE LA TOMA DE MEDICAMENTOS

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____

HISTORIA CLÍNICA:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO				
Firma y sello de la Enfermera				

- Explique al paciente y/o familiar el contenido del registro.
- Pida al paciente y/o familiar repita la explicación que usted le ha dado a fin de confirmar que le ha entendido.
- Entregue el formato de Registro para el control de la toma de medicamentos a fin de que pueda utilizarlo en casa.
- Haga la demostración de la preparación de los medicamentos: comience presentando los materiales que se requieren y luego enseñe el procedimiento.
- Exponga las reglas que el paciente y/o familiar debe seguir para la toma correcta de los medicamentos.
- Enseñe el procedimiento para tomar correctamente los medicamentos.
- Exponga las precauciones relacionadas con la adquisición, conservación y administración de los medicamentos.
- Haga un resumen de toda la información brindada.
- Compruebe que el paciente y/o familiar ha asimilado la información.
- Monitoree el cumplimiento del procedimiento enseñado para la preparación y toma de los medicamentos prescritos, solicitando al paciente que en la siguiente sesión traiga los medicamentos preparados.
- Despida cordialmente al paciente o familiar.
- Registre en el sistema MentalCom la consejería realizada.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

Procedimiento de la preparación y toma correcta de los medicamentos

La toma correcta de los medicamentos, comienza por su correcta preparación.

¿Cómo preparar los medicamentos?

Materiales:

- a. Receta médica
- b. Medicamentos indicados
- c. Frascos vacíos de medicamentos
- d. Pastillero semanal pastillero para una toma
- e. Partidor de pastillas
- f. Etiquetas autoadhesivas o papel blanco y goma
- g. Tijeras
- h. Plumones azul y rojo
- i. Lapicero azul
- j. Porta cosméticos o cartuchera
- k. Vaso plástico mediano
- l. Vaso plástico pequeño
- m. Calendario de números grandes
- n. Libreta de notas

Procedimiento:

- a. Realice el lavado de manos con agua y jabón al menos durante 20 segundos
- b. Tenga a mano *todos los materiales* que necesitará para preparar sus medicamentos
- c. Ponga una *etiqueta al frasco vacío* de medicamentos: (un frasco para cada medicamento indicado) En la etiqueta escriba:
 - El **nombre del medicamento** (nombre genérico) más su **concentración**
 - Coloque **entre paréntesis la cantidad** de medicamento
 - La **hora que tomará el medicamento**



- d. Si tiene indicado tomar ($\frac{1}{2}$) o ($\frac{1}{4}$) de tableta, tenga las tabletas partidas, ayudándose del partidor de pastillas.
- e. Coloque las tabletas con su envoltura en el frasco debidamente rotulado (un frasco por medicamento) aproximadamente para un mes.
- f. Si le modifican el tratamiento, sólo tiene que pegar en el frasco, otra etiqueta con la nueva indicación.
- g. Separe un tiempo el día domingo y prepare los medicamentos para la semana en el organizador de pastillas, cuidando de mantener los medicamentos en su envoltura.

- h. Guarde el organizador de pastillas y los frascos preparados en la cartuchera o porta cosméticos en un lugar donde no haya calor, humedad y luz solar directa, además, que esté visible para usted. Cuide también de colocarlo fuera del alcance de los niños.

¿Cómo tomar los medicamentos?

- a. Realice el lavado de manos con agua y jabón al menos durante 20 segundos.
b. Tome correctamente la medicación siguiendo las siguientes reglas:

Tome el **medicamento indicado**

Tome el medicamento en la **cantidad indicada**

Tome el medicamento a la **hora indicada**

Tome el medicamento por el **tiempo que el médico lo determine** aun cuando ya no tenga síntomas, es decir usted luce aparentemente sano.

- c. Saque el medicamento del pastillero semanal.
d. Deposite el medicamento en el vaso pequeño.
e. Guarde el pastillero semanal en la porta cosméticos y colóquelo en su lugar.
f. Tome el medicamento directamente del vaso pequeño, con un vaso lleno de agua preferentemente tibia. Evite tomar los medicamentos con otras bebidas que no sean agua. El agua tiene pH neutro, por tanto, es inactiva para interaccionar con los medicamentos. Sin embargo, no es con cualquier tipo de agua, por ejemplo, el agua con gas o el agua mineral no se recomienda usarlas por su alto contenido en sodio, lo cual puede anular el efecto de algunos medicamentos.

No utilice jugos de frutas, leche o bebidas con cafeína porque éstos podrían:

- Desintegrar la medicación y quitar sus beneficios
- Impedir o potenciar la absorción de ciertos componentes de sus medicamentos o afectar la asimilación de los mismos
- Interactuar con los medicamentos y provocar consecuencias indeseables

Deje pasar una hora para tomar este tipo de bebidas porque este es aproximadamente el tiempo necesario para la absorción y asimilación del medicamento por su organismo.

¿Qué precauciones relacionadas con los medicamentos necesita tener en cuenta?

- a. Usted necesita aprender:
- el nombre genérico y la concentración de cada uno de los medicamentos que tiene indicado y para qué se utiliza,
 - qué cantidad de medicamento, cuántas veces y durante cuánto tiempo debe tomar los medicamentos,
 - cómo se toma los medicamentos,
 - cualquier indicación especial, como si el medicamento se debe tomar con o sin alimentos,
 - cómo se debe conservar el medicamento
 - durante cuánto tiempo se puede guardar el medicamento con seguridad antes de que sea necesario deshacerse de él,
 - efectos secundarios más frecuentes o reacciones al medicamento,
 - interacciones con otros medicamentos que está tomando,
 - qué puede ocurrir si se salta una dosis, entre otros.
- b. Adquiera los medicamentos en un lugar autorizado (establecimientos de salud, farmacias, boticas).
- c. Cerciórese de no recibir medicamentos con envases deteriorados, manchas o que presentan signos de mala almacenamiento.
- d. Verifique en la caja, frasco o blister del medicamento, la fecha de vencimiento.
- e. Cerciórese que le están entregando la cantidad completa de los medicamentos indicados por el médico psiquiatra.
- f. Respete las indicaciones y recomendaciones de su médico tratante.
- g. No modifique ni saltee las dosis prescritas sin su consentimiento.

- h. Si trabaja, estudia o por otro motivo no está en casa a la hora de tomar su medicación, lleve consigo los medicamentos en un pastillero.
- i. Pídale a su familiar le dé la oportunidad de tomar la medicación por sí mismo, que el familiar solamente lo supervise.
- j. Si con frecuencia necesita que alguien en casa le recuerde tomar la medicación; marque con un plumón un visto u otro símbolo en un calendario cada vez que toma la medicación. La repetición de este comportamiento, lo ayudará a aprender a tomar la medicación en la hora correcta. Cuando lo haya logrado, deje de marcar el calendario. También puede programar la alarma del celular o un reloj despertador en la hora que le toca tomar el medicamento.
- k. Si olvidó tomar la medicación y transcurrido unos minutos o hasta una hora lo recuerda, tómela inmediatamente. Si lo recuerda cerca de la hora de la siguiente toma, ya no recupere la toma olvidada. Si a menudo olvida tomar una o más tomas al día, hágaselo saber a su médico.
- l. Si le van a recetar medicación por otra enfermedad, comuníquelo al médico sobre la medicación que está tomando. Hágaselo saber también a su médico tratante antes de tomarla, podría darse una interacción medicamentosa y causarle algún daño.
- m. No tome medicamentos prescritos hace tiempo, sin antes consultar a su médico.
- n. Consulte a su médico si tiene planes de embarazarse o tan pronto un embarazo sea confirmado ya que con cualquier medicamento deben tomarse medidas especiales en este estado.
- o. Si aparecen molestias o efectos secundarios comuníquelo a su médico, tan pronto como sea posible.
- p. Escriba en una libreta de notas, los beneficios de los medicamentos que toma y también los efectos secundarios si los tuviera.
- q. Una vez que los síntomas del trastorno mental hayan disminuido o desaparecido, no interrumpa el tratamiento por cuenta propia, al pensar de manera equivocada que ya logró la curación.
- r. No olvide informar sobre los medicamentos que le han ocasionado reacciones alérgicas o intolerancia.
- s. Evite tomar alcohol u otras drogas. Estas sustancias, pueden aumentar los efectos sedantes del alcohol, aumentar los efectos secundarios de la medicación, hacerle perder los beneficios de la misma, disminuir su mejoría y causarle una recaída.
- t. Consulte con su médico acerca de su evolución o mejoría, y sobre los plazos que estima necesarios completar para llegar a obtener una mayor recuperación

Si deja de tomar los medicamentos, el trastorno mental que presenta, empeorará y en consecuencia la funcionalidad en todas las áreas de su vida, también se verá afectada.

6. Bibliografía

- García Díaz B. El cumplimiento terapéutico y los factores de influencia. En: Monografías Dr. Antonio Esteve Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos. Barcelona, 2000. p. 65-72.
- Codina C. Información al paciente sobre los medicamentos en la próxima década. En: Monografías Dr. Antonio Esteve Educación sanitaria: información al paciente sobre los medicamentos. Barcelona, 2000. p. 81-86.
- Albuquerque F. Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia. Lima, 2004. p. 27-31.

Alburquerque F. Material educativo - Programa Psicoeducativo para Familiares de Personas con Esquizofrenia. Lima, 2015-2020

Vidal MA. Información de medicamentos y mejora del cumplimiento del tratamiento. p. 257-272.

CONTROL MÉDICO

1. Fundamentación

La evaluación psiquiátrica es el método por el que se establece un diagnóstico del trastorno mental y se planifica una intervención. A través de ella se investigan los síntomas que presenta la persona que consulta y los factores que contribuyen a su aparición y mantención, los que podríamos clasificar someramente en psicológicos, sociales y somáticos. La evaluación psiquiátrica tiene la forma de una entrevista semi-estructurada con el paciente y, frecuentemente, también con sus familiares o amigos cercanos. Pese a que con la evaluación se busca normalmente definir un diagnóstico y un plan de intervención terapéutica, también es necesaria para hacer el seguimiento, es decir, evaluar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, efectos secundarios, entre otros.

Los objetivos centrales de una evaluación psiquiátrica son:

- Establecer un diagnóstico
- Evaluar su severidad y riesgo
- Evaluar las causas
- Establecer el plan de manejo
- Estimar un pronóstico
- Hacer el seguimiento

La asistencia del paciente para que el médico realice la evolución del caso a través de las sucesivas visitas, es indispensable. De las mismas, se extraerá información que la evaluación inicial no permite obtener y optimizar el tratamiento. Es necesario evaluar la respuesta terapéutica, ajustar la dosis de los medicamentos, agregar otros fármacos, chequear efectos secundarios, la conciencia de la enfermedad, la tendencia del cuadro clínico a la cronicidad, el cumplimiento o rechazo del plan terapéutico por el paciente, afirmar la adherencia al tratamiento, evaluar la necesidad de otras alternativas de tratamiento no farmacológicas, soporte socio familiar, tiempo de reintegración, resolver dudas del paciente.

2. Definición

El control médico es la *evaluación integral y entrevista médica* que se realiza *periódicamente* al paciente y/o familiar. La *frecuencia* de las consultas médicas *depende de la condición clínica del paciente*. Cuanto más afectado se encuentre, el control médico será más frecuentemente (semanal o quincenal) y conforme va logrando mejoría, el control será más espaciado (cada 3, 4 o 6 meses)

3. Objetivos

En términos de la Enfermera:

- a. Proporcionar al paciente adulto/adulto mayor y/o familiar los conocimientos necesarios para administrar correctamente el tratamiento farmacológico prescrito.
- b. Promover la autonomía del paciente adulto/adulto mayor desarrollando las habilidades para correcta preparación y toma del tratamiento farmacológico prescrito.

Los objetivos vistos desde el paciente y/o familiar son:

- a. Reconocer la importancia del control médico
- b. Asistir con regularidad al control con su médico tratante
- c. Utilizar las estrategias enseñadas para hacer el control médico más ágil y eficiente

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Explore los motivos por los cuales el paciente adulto/adulto mayor y/o familiar no acude regularmente al control médico: ideas erróneas, temores, falta de empatía con su médico, entre otros.
- b. Averigüe si el paciente y/o familiar conocen qué es el control médico y con qué frecuencia debiera realizarse.
- c. Indague si el paciente y/o familiar saben la utilidad del control médico.

- d. Pregunte si el paciente y/o familiar conocen acerca de la información que necesitan reportar al médico tratante, además de las preguntas que podrían plantearle durante la consulta, a fin de hacer más funcional, eficiente y más beneficiosa para el paciente.
- e. Exponga con calidez y utilizando un lenguaje comprensible para el paciente y/o familiar que está atendiendo: concepto, utilidad y cómo hacer más funcional y eficiente el control médico.
- f. Antes de cerrar la sesión de consejería, corrobore que la información impartida ha sido asimilada. Pregunte si requieren alguna aclaración o necesitan preguntar algo relativo al tema y que no haya sido expuesto.
- g. Obtenga una copia de las Instrucciones para el paciente o familiar y haga entrega del material educativo.
- h. Cierre la sesión con una frase amable y despida cordialmente al paciente y/o familiar.
- i. Este tema puede ser abordado en una sesión de consejería, excepto si ha identificado alguna dificultad para la comprensión y requiera de reforzamiento. Si fuera el caso, otorgue una nueva cita.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué es el control médico?

El control médico es la *evaluación integral y entrevista que se realiza con el psiquiatra*. La *periodicidad* del control médico *dependerá de cuán enfermo usted se encuentre*. Cuanta más afectación exista, el control médico será más seguido (semanal o quincenal) y conforme va logrando mejoría, el control será más alejado (cada 3, 4 o 6 meses).

La entrevista que se realiza con el psiquiatra es necesaria para:

- Hacer un *buen diagnóstico*,
- *Establecer el mejor tratamiento posible*
- *Conocer la evolución de la enfermedad*

¿Cuál es la utilidad del control médico durante el tratamiento?

El control médico es útil para:

- a. Evaluar cómo está respondiendo al tratamiento (está mejor, igual o ha empeorado)
- b. Indagar en qué aspectos ha mejorado y que le falta recuperar
- c. Comprobar si usted está cumpliendo con el tratamiento farmacológico y otras indicaciones
- d. Averiguar si presenta efectos secundarios relacionados con los medicamentos recetados
- e. Averiguar cómo se está desempeñando en casa, en los estudios o el trabajo, si fuera el caso. Si no realizara aún estas actividades, determinar si ya está en capacidad de retomar dichas actividades
- f. Hacer los reajustes al tratamiento
- g. Evaluar la necesidad de otras alternativas de tratamiento no farmacológicas
- h. Resolver las dudas o inquietudes que usted le plantee a su médico

Si no acude regularmente a su control médico y sigue tomando medicamentos que le fueron indicados hace unos meses o quizá años, no logrará recuperarse.

La condición de la enfermedad que tenía por entonces, era otra, posiblemente ahora necesita otros medicamentos, menos o más medicamentos.

¡Actualice cuanto antes la cita a fin de ser evaluado por su médico!

¿Cómo podría lograr que el control médico sea más rápido y eficiente?

Comprometiéndose a realizar las siguientes acciones:

- a. Para que no olvide la fecha del control médico, en un calendario de números grandes y utilizando un lapicero o plumón de un color intenso, coloree la fecha en la que su médico le ha programado el próximo control.
- b. El día del control médico es conveniente que asista con un familiar o su apoderado, salvo que su médico le haya indicado que puede acudir solo y que su familiar acudirá solamente cuando él se lo indique.
- c. Recuerde que su médico es su mejor confidente, no le oculte nada, es necesario contar al psiquiatra cualquier tipo de síntoma nuevo por poco importante que parezca.
- d. Escriba en una libreta de notas conforme vaya observando en el día a día, los *cambios deseables* y *no deseables* que usted va logrando con el tratamiento para informarle a su médico en el próximo control. Las *notas responderán, entre otras a preguntas*, tales como:

¿Se siente mejor?

¿En qué ha mejorado?

¿No mejora?

¿Se siente peor?

¿Qué molestias aún no han desaparecido?

¿Tiene molestias debido a la medicación?

¿Qué tan intensas son sus molestias?

¿Cuándo aparecieron?

¿Cuánto le duran?

¿Cómo se le pasan?

¿Estas molestias, dificultan sus actividades diarias?

- e. Escriba también las *preguntas, dudas o inquietudes* que usted tiene, para *plantearle a su médico* en el próximo control:

¿Qué enfermedad mental tengo?

¿Por qué no puedo vencer la enfermedad mental por mi cuenta?

¿Cómo se trata este tipo de enfermedad mental?

¿Me ayudaría la psicoterapia?

¿Existen medicamentos que me puedan ayudar?

¿Cuánto tiempo durará el tratamiento?

¿Hasta cuándo voy a tomar medicamentos?

¿Qué puedo hacer para ayudarme a mí mismo?

¿Cuándo podré volver a trabajar?

¿Cuándo puedo retomar los estudios?

¿Podré casarme?

¿Podré tener hijos?

¿Mis hijos tendrán la misma enfermedad?

¿Tiene algunos folletos o recursos impresos que me pueda proporcionar?

¿Qué sitios web me recomienda revisar?

¿Podría derivarme a un profesional del servicio que me pueda dar información sobre las dudas que tengo?

- f. Lleve consigo al control médico, la libreta de notas para leerle a su médico. Con esta información su médico podrá tomar una decisión más exacta con relación a su tratamiento lo que resultará en un beneficio para su persona.

¡Recuerde! El día de la cita del control médico, nada es más importante que acudir a su control; esta decisión, tendrá grandes recompensas para su vida.

6. Bibliografía

- Albuquerque F. Material educativo - Programa Psicoeducativo para Familiares de Personas con Esquizofrenia. Lima, 2015-2020
- Albuquerque F. Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia. Lima, 2004. p. 27-31.
- Chinchilla A. Guía Terapéutica de las Esquizofrenias. Edit. Masson. Barcelona. 2000. p. 63-194.

CONOCIMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

1. Fundamentación

La psicosis es un trastorno mental relativamente común, siendo la esquizofrenia la forma más frecuente y grave del trastorno psicótico y que implica una alta carga global de enfermedad, situándose entre las primeras 25 causas de discapacidad en el mundo. En cuanto a la incidencia, una reciente revisión sistemática en todo el mundo desde el año 2000 al 2015, muestra que la tasa de incidencia media considerando todas las psicosis en su conjunto fue de 29,51 por cada 100.000 habitantes. Las psicosis no afectivas fueron las más comunes (20,11 por 100.000) que las afectivas (7,44 por 100.000). Dentro de las psicosis no afectivas, la más común fue la esquizofrenia con una tasa de 9,4 por 100.000. En su conjunto, las psicosis fueron 1,48 por 1000. En una revisión sistemática a nivel mundial (1965-2002) no encontró diferencias significativas entre las cifras de prevalencia entre hombres y mujeres, ni entre el medio rural, urbano y mixto. Sin embargo, encontró que la esquizofrenia era 1,8 veces más frecuente en inmigrantes que los nativos del lugar y que la prevalencia en los países menos desarrollados era significativamente menor que aquellos en vías de desarrollo o ya desarrollados.

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes. El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio.

No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia –e incluso en la infancia- o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los *varones la edad de inicio más frecuente está entre los 15 y 25 años*, mientras que en las *mujeres oscila entre los 25 y los 35 años*. A su vez *en estas últimas existe un segundo pico entre los 40 y 45 años*. (APA, 2004). *Entre el 20% al 40% de los pacientes experimentan el primer episodio antes de los 20 años y puede aseverarse que un 30% de los pacientes con esquizofrenia tiene su iniciación antes de los 18 años*.

La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios.

Esta enfermedad que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan **periodo “prodrómico”** que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e irritabilidad). Durante este periodo prodrómico, las personas a menudo sienten que su mundo ha cambiado, sin embargo, su interpretación de este cambio no es compartida por los demás. Los familiares y amigos suelen notar que la persona está cambiando, que está diferente. Los cambios pueden afectar a la capacidad de la persona para estudiar, para conservar su empleo o mantener relaciones, pudiendo llegar a aislarse cada vez más.

Este periodo prodrómico es típicamente seguido por una **fase aguda** que define el trastorno como esquizofrenia, con síntomas positivos como alucinaciones, delusiones o delirios, y un pensamiento gravemente desorganizado; y generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser más intensos.

Si la fase aguda remite, por lo general después de un tratamiento, continúa la **fase de estabilización (o postcrisis)** en la que los síntomas positivos pueden desaparecer o disminuir, pero es frecuente que permanezcan síntomas negativos problemáticos como la falta de motivación y el deterioro de la atención, la memoria y el autocuidado. Esto puede interferir con la capacidad de la persona para volver a estudiar, trabajar y gestionar sus actividades diarias. Asimismo, puede presentar una conducta ineficaz de afrontamiento al estrés. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

En la **fase estable**, los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Antes de que un paciente que se encuentra en la fase estable presente una **recaída**, habitualmente se produce un **periodo pre psicótico o prodrómico** en el que puede haber síntomas disfóricos no psicóticos, formas atenuadas de síntomas positivos o conductas idiosincrásicas. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses.

Las personas varían considerablemente en su patrón de síntomas, en los problemas que presentan y en su evolución, así como en los déficits que persisten. Aunque la mayoría de las personas se recuperan de la fase inicial aguda, solo del 14 al 20 % se recuperará completamente. Otros mejorarán, pero volverán a presentar episodios recurrentes o recaídas, que habitualmente ocurren en relación con el estrés, la adversidad, el aislamiento social y la mal adhesión a los tratamientos. Así, algunas personas solo experimentan breves "experiencias desconcertantes", mientras que otras van a vivir con ellas durante meses o años. A más largo plazo (hasta 15 años) más de la mitad de los diagnosticados tendrán crisis episódicas en lugar de sintomatología continua, "algunos de estos intervalos de recuperación" aparecerán espontáneamente y pueden estar asociados a factores individuales, como la capacidad de recuperación.

La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad.

De los pacientes que continúan estando afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave.

Mientras que una alta proporción responde al tratamiento inicial con medicación antipsicótica, alrededor del 80% tendrá una recaída a lo largo de los 5 años siguientes a un primer episodio tratado y en tres cuartas partes de las personas con esquizofrenia estas recaídas son frecuentes y se produce cierto deterioro. Esta alta tasa de recaídas se explica en parte por la interrupción de la medicación. En este sentido se ha constatado que algunas intervenciones dirigidas a mejorar la confianza del usuario en la medicación, como la psicoeducación, el manejo adecuado de los efectos secundarios, el asesoramiento o el incremento del apoyo social pueden reducir la tasa de recaídas psicóticas. Aunque hay una importante proporción de personas con un primer episodio psicótico en la que la evolución se encaminará hacia la sucesión de episodios o bien la afectación permanente, actualmente los estudios de seguimiento a 20 -40 años indican que más de la mitad de las personas con esquizofrenia tienen una evolución, en global y a largo plazo, moderadamente buena, mientras que una proporción menor presenta periodos prolongados de remisión de los síntomas sin posteriores recaídas.

Como se ha mencionado, una proporción minoritaria, pero importante tiene alteraciones persistentes y síntomas distorsionantes. A estas alteraciones pueden asociarse con frecuencia complicaciones como el mantenimiento del consumo de sustancias de abuso, el fracaso laboral, el estrés familiar y el deterioro de las relaciones sociales. En ocasiones puede haber riesgo

importante de marginalidad y de delincuencia menor. En el caso de las recaídas, la recuperación clínica puede requerir más tiempo que la de un episodio inicial.

Con relación al pronóstico, los factores de riesgo asociados a una mala evolución serían los siguientes: prolongada duración de psicosis no tratada, inicio temprano o insidioso de la esquizofrenia, sexo masculino, síntomas negativos, antecedentes familiares de esquizofrenia, nivel de inteligencia bajo, clase social baja, aislamiento social, antecedentes psiquiátricos graves, consumo continuado de tóxicos y ausencia de insight, entre otros.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías -síntomas positivos y negativos (o déficits)-, a las que recientemente se ha añadido una tercera, la de desorganización. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. No son patognomónicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes.

El curso de la enfermedad puede variar según se instaure tratamiento de forma precoz y según cual sea la respuesta asistencial que reciba el paciente con esquizofrenia en sus momentos iniciales. Los objetivos generales son la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios y la optimización de la función psicosocial entre los episodios.

Los objetivos específicos dependerán de la fase de la enfermedad y de otras características del paciente. Es necesario un conocimiento global del paciente, de sus necesidades y objetivos, conflictos intrapsíquicos y defensas, estilos de afrontamiento, capacidades personales, factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afecten a la adaptación del paciente.

Actualmente, la evolución de los avances científicos (desarrollo de nuevos fármacos, estudios genéticos, diseño de nuevos abordajes psicosociales, nuevos ámbitos de tratamiento, etc.) permite concebir esperanzas respecto al futuro del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y sus familias.

Existen una serie de factores de riesgo, genéticos y ambientales, para desarrollar psicosis y esquizofrenia, si bien aún no se conoce cómo estos factores interaccionan entre sí para causar el trastorno:

a. Factores genéticos

En lo que se refiere a los riesgos genéticos, tener un familiar cercano con psicosis o esquizofrenia es el mayor factor de riesgo para desarrollar un trastorno psicótico. Se ha estimado que el riesgo de por vida en un niño con padre afectado sería de 13% y, del 46% cuando ambos padres lo están. Cuando es un hermano o un gemelo no idéntico el 10%, y el 48% en el caso de un gemelo idéntico.

Los riesgos genéticos no son suficientes para explicar por qué algunas personas desarrollan psicosis y esquizofrenia, mientras que otras no lo hacen. Por ejemplo, la mayoría de las personas diagnosticadas de psicosis y esquizofrenia no tienen un familiar afectado, lo que hace pensar en la influencia de otros factores de riesgo biológico, ambiental y psicosociales en interacción con lo genéticos.

b. Factores biológicos

Los factores de riesgo biológicos potenciales incluirían:

- complicaciones antes o durante el parto (como infecciones, mala nutrición del feto durante el embarazo, estrés maternal o trauma en el parto),
- el consumo de cannabis u otras drogas sobre todo en la en la adolescencia,
- padres de edad avanzada,
- la estacionalidad del nacimiento y
- la exposición al parásito unicelular toxoplasma gondii.

c. Factores psicosociales

Los principales factores de riesgo psicosociales potenciales serían:

- nacer en zonas urbanas y vivir en las ciudades,
- adversidad en la infancia y en la edad adulta, incluyendo vivir en zonas desfavorecidas, el abuso sexual, físico y emocional, la negligencia y la intimidación y
- la inmigración, especialmente cuando los inmigrantes son de un país en desarrollo o un país donde la mayoría de la población es de raza negra.

Varias teorías intentan explicar cómo los riesgos genéticos podrían interaccionar con los riesgos biológicos y psicosociales que causan los trastornos psicóticos, aunque ninguna de estas teorías se ha comprobado.

Entre otras, las complicaciones de la psicosis y de la esquizofrenia de mayor relevancia se consideran:

a. Deterioro y discapacidad

La experiencia asociada a la psicosis y esquizofrenia resulta con frecuencia angustiante, además de que los problemas asociados y los efectos de la enfermedad puedan ser persistentes. Así, un número significativo de personas continúan experimentando discapacidad de manera crónica y esto da lugar a que la psicosis y la esquizofrenia tengan un impacto considerable en la vida personal, social y profesional. En un estudio europeo de seis países se encontró que más del 80% de los adultos con este diagnóstico presentaban problemas persistentes en su funcionamiento social, pero no de igual gravedad. El mejor predictor a largo plazo de un mal funcionamiento es el mayor grado de discapacidad generada al inicio, al año y a los dos años del comienzo de la enfermedad. En particular, el desempleo se encuentra vinculado a mayor tiempo de duración de psicosis no tratada así, como a mayor número de síntomas negativos.

La discapacidad que experimentan las personas de psicosis y esquizofrenia, no es solamente el resultado de los episodios recurrentes o de los síntomas persistentes. También desempeñan un papel relevante los efectos secundarios del tratamiento, los eventos estresantes y el aislamiento social, así como la pobreza y la falta de vivienda. Estas dificultades se agravan por el prejuicio persistente, el estigma y la exclusión social asociados con el diagnóstico.

Se ha estimado que, a nivel mundial, la esquizofrenia está entre los primeros quince trastornos médicos que causan discapacidad. Además, se ha encontrado que los problemas cardiovasculares son la causa más importante de discapacidad en estas personas, derivados de la obesidad (alcohol, falta de ejercicio y mala alimentación), así como alteraciones metabólicas (diabetes) y tabaquismo.

b. La salud física

Está bien establecida la relación entre psicosis/esquizofrenia y la mala salud física, especialmente en personas jóvenes. Los varones con esquizofrenia mueren 20 años antes y las mujeres 15 años antes que la población general. Alrededor de una quinta parte de las muertes prematuras son debidas a suicidios y accidentes, pero la mayoría están causadas por enfermedades físicas, que incluyen entre otras el VIH, hepatitis, osteoporosis, alteración de la sensibilidad al dolor, complicaciones obstétricas, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, diabetes, problemas dentales y polidipsia.

c. Riesgo de suicidio

Otro factor a tener en cuenta con respecto a la alta mortalidad es el riesgo de suicidio. Se ha encontrado un mayor índice (en concreto un 5%) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, siendo los factores de riesgo: ser joven, de sexo masculino, con alto nivel educativo, presencia de sintomatología positiva persistente, intentos previos de suicidio, antecedentes familiares de suicidio y uso indebido de sustancias.

2. Definición

La esquizofrenia es un trastorno mental severo, complejo heterogéneo donde la característica fundamental es la pérdida de vínculo con la realidad, asociada a alteraciones perceptivas (alucinaciones) y del pensamiento (delusiones), así como comportamentales y de las funciones cognitivas debido a factores tanto genéticos como medio ambientales, de curso crónico y recurrente, con un variado deterioro funcional y en su calidad de vida con un alto costo económico, social y laboral.

3. Objetivos

Al finalizar las sesiones de consejería (mínimo dos) el paciente o su familiar estará en capacidad de:

- Identificar la prevalencia, causalidad y sintomatología de la esquizofrenia.
- Reconocer los factores que han contribuido en su caso a enfermar de esquizofrenia.
- Reconocer en sí mismo los síntomas del pasado y actuales relacionados con la esquizofrenia.
- Reconocer los diferentes tipos de intervenciones para tratar la esquizofrenia.
- Comprometerse a participar activamente en el proceso de recuperación de la esquizofrenia.

4. Instrucciones para la Enfermera

- Indague si el paciente o familiar conoce el diagnóstico psiquiátrico.
- Explore acerca de:
 - la información que tiene el paciente o familiar respecto a la esquizofrenia*
 - los sentimientos y emociones que experimenta por tener esquizofrenia*
 - sus preocupaciones y miedos*
 - sus creencias y expectativas*
 - el efecto de la esquizofrenia en su vida cotidiana*
 - sus dudas, inquietudes y preguntas*
- Anime al paciente o familiar a verbalizar sus respuestas adoptando usted, una actitud terapéutica:
 - Muestre su comprensión por el significado que la esquizofrenia tiene para ellos mediante sus conductas verbales y no verbales.
 - Algunas preguntas útiles durante la entrevista pueden ser:
 - ¿Cómo ha cambiado la esquizofrenia su vida?*
 - ¿Cómo le afecta la esquizofrenia en la vida diaria?*
 - ¿Qué es lo que más teme o le preocupa de esta enfermedad?*
 - ¿Le preocupa que pueda seguir así toda la vida?*
- Formule las preguntas en el orden que usted va a seguir al dar la información respecto de la esquizofrenia. Paralelamente puede ir haciendo la pregunta y seguidamente le proporciona la información correcta, utilizando un lenguaje comprensible para el nivel de instrucción y edad del paciente o familiar.
- Al dar la información procure mostrar láminas o en ese momento plasme en dibujos el contenido de la información, de modo que facilite el aprendizaje. Utilice medios tecnológicos si los tiene.
- Algunas preguntas útiles para explorar los saberes previos del paciente o familiar son:
 - ¿Qué entiende por esquizofrenia?*
 - ¿Cuánto dura la esquizofrenia?*
 - ¿Es posible curar la esquizofrenia?*
 - ¿Quiénes pueden enfermar de esquizofrenia?*
 - ¿A qué edad comienza la esquizofrenia?*

¿Cuáles son las razones por las que una persona puede enfermar de esquizofrenia?

¿Qué factores cree usted lo han llevado a enfermar de esquizofrenia?

¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

¿Cómo se trata la esquizofrenia?

- g. Obtenga una copia de las instrucciones para el paciente o familiar y entrégueles el material educativo.
- h. Resuma el contenido de la información que ha impartido.
- i. Confirme si la información ha sido comprendida.
- j. Recomiende al familiar hacer un espacio cada día para ayudar al paciente a repasar la información y hacerle preguntas en distintos momentos para probar si está aprendiendo.
- k. Recomiende conservar la información en un folder u otro y, leer la información todas las veces que sea necesario para asimilarla. Si hay algo que no entiende, pedirles anoten las preguntas para ser absueltas por la enfermera consejera/o en la próxima sesión de consejería.
- l. Programe la cita de la siguiente sesión de consejería de enfermería.
- m. Despida cordialmente al paciente y/o familiar.
- n. Registre en el Sistema MentalCom la sesión de consejería realizada.
- o. Coordine con el médico tratante del paciente, si ha identificado otros temas de consejería que el paciente o familiar necesitan recibir.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un trastorno mental severo, que dura toda la vida en la que se alteran, de manera importante, la percepción (**idea de sí mismo y del medio que lo rodea**), los pensamientos, las emociones y el comportamiento de una persona.

Cada persona que desarrolla esquizofrenia tendrá su propia combinación de síntomas y experiencias, que variarán en función de sus condiciones particulares.

Las últimas investigaciones, indican que más de la mitad de las personas con esquizofrenia tienen una evolución, en global y a largo plazo, moderadamente buena, mientras que una proporción menor presenta periodos prolongados de remisión de los síntomas sin posteriores recaídas.

¿Quiénes pueden enfermar de esquizofrenia?

Aproximadamente *1 de cada 100 personas* en el mundo enferma de esquizofrenia. Esta enfermedad, la pueden presentar hombres y mujeres, ricos y pobres, personas de distinta raza, religión, nacionalidad, es decir *cualquier persona*.

¿A qué edad comienza la esquizofrenia?

Se inicia en la mayor parte de los casos *entre los 15 y 25 años en los hombres y entre los 25 y los 35 años en las mujeres*. A su vez en estas últimas existe un segundo pico entre los 40 y 45 años.

Afecta de forma similar a ambos sexos.

¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?

La *causa exacta* de la esquizofrenia es *desconocida*, sin embargo, *no tiene una causa única*, sino que *la conjunción de varios factores combinados daría como resultado su aparición*.

Los expertos señalan que *existe predisposición en la persona para desarrollarla*, y *al añadir una serie de factores externos se desencadena la enfermedad*. Algunos de estos factores son los siguientes:

- Consumo de drogas (cannabis, cocaína, anfetaminas, etc.) y alcohol
- Cambios en el patrón del sueño
- Acontecimientos vitales estresantes
- Factores Sociales/Competitividad/Sobreesfuerzo

Esta *unión de predisposición genética y circunstancias externas* puede producir un *desequilibrio químico cerebral* que precipita una serie de *cambios en las sustancias químicas del cerebro (dopamina y la serotonina)* que *desencadenan la esquizofrenia*.

Una persona estará *más predispuesta para desarrollar esquizofrenia*, si presenta uno o más de los siguientes factores:

- a. **"Herencia":** Lo que se hereda no es la esquizofrenia en sí, sino la *predisposición para desarrollarla*. Esto significa que si una persona tiene un padre, madre o hermano (a) u otro pariente con esta enfermedad tendrá mayor riesgo de enfermarse de esquizofrenia, en comparación con aquella que no tiene ningún familiar con esta enfermedad. Cuanto más cercano sea el parentesco con el familiar afectado, mayor será la probabilidad de padecer la enfermedad.

Existe un riesgo aproximadamente *diez veces mayor de sufrir esquizofrenia si el padre o la madre la padecían, y cuarenta veces mayor si ambos tenían esquizofrenia*.

- b. **Gripe en el embarazo:** Si una persona *tiene familiares con esquizofrenia y la madre cuando estaba embarazada tuvo gripe dentro de los cinco primeros meses de embarazo, ese niño estaría más expuesto a desarrollar la enfermedad posteriormente porque el virus de la gripe podría alterar el normal proceso de formación y maduración del cerebro del niño que se da en ese periodo del embarazo*.
- c. **Desnutrición durante el embarazo**
- d. **Parto prematuro:** Cuando el niño nace antes de completar el tiempo de embarazo.
- e. **Peso bajo al nacer:** *Peso por debajo de 2,500 g*
- f. **Problemas en el nacimiento e infancia:** Si una persona *tuvo dificultades al nacer, por ejemplo: demoró para llorar, nació "morada", fue extraída con instrumentos especiales porque el parto fue difícil, parto prolongado, entre otras, son situaciones que la hacen vulnerable a desarrollar esquizofrenia en etapas posteriores, dado que podrían afectar el normal desarrollo del cerebro*.
- g. **Fiebre elevada:** Si una persona *ha tenido frecuentemente temperaturas muy elevadas (más de 38° C) durante la niñez, tiene un riesgo mayor para desarrollar esta enfermedad*.

¿Cuáles son los síntomas de la esquizofrenia?

Los síntomas de la esquizofrenia son básicamente de dos tipos: *positivos y negativos*. El calificativo de positivo o negativo no tiene nada que ver con el hecho de que sean buenos o malos.

a. Síntomas positivos

Los síntomas positivos consisten en *aquellas cosas que el paciente hace o experimenta y las personas sanas no suelen presentar*.

Dicho de otro modo, son aquellos que reflejan un *exceso o alteración de las funciones normales*. Por ejemplo, percibir con el oído es una función mental normal, sin embargo, cuando alguien oye que la llaman y esto no es así, entonces decimos que esta *función es anormal*, por lo tanto, es un *síntoma positivo*.

Están presentes al *comienzo de la enfermedad y en la fase de recaída o crisis, y mejoran con medicamentos*.

Estos son:

- Alucinaciones (oír, ver o sentir cosa que no perciben otros)
- Delusiones o delirios (ideas claramente inusuales o extrañas)
- Lenguaje desorganizado, cuya presencia hace que el discurso se vuelva confuso y difícil de entender
- Comportamiento desorganizado

b. Síntomas negativos:

Son aquellos que reflejan una *disminución o pérdida de las funciones normales*. Estos pueden *interferir con la capacidad de la persona para volver a estudiar, trabajar y gestionar sus actividades diarias*. Asimismo, puede presentar una *conducta ineficaz de afrontamiento al estrés*.

Pueden estar presentes *antes, durante y después de la fase de crisis*, y básicamente, *mejoran con los programas de rehabilitación*.

Estos son:

- Alteraciones en la afectividad, el paciente puede tener dificultad para expresar lo que siente, pueden desaparecer los sentimientos de calor y afecto hacia los demás y puede tener cierta dificultad para mostrarlos.
- Falta de motivación
- Disminución de la atención, la memoria
- Lentitud de pensamiento
- Disminución en sus capacidades para realizar algunas conductas creativas y socialmente aceptadas
- Pobreza del habla, el discurso es lento y escaso
- Falta de percepción (comprensión y aceptación) de la enfermedad
- Aislarse de sus familiares y amigos al perder la motivación y la energía
- Tener un sentimiento de vacío
- Abandono del aseo personal

¿Cómo se trata la esquizofrenia?

El tratamiento de la esquizofrenia comprende:

- Medicamentos (antipsicóticos) y control médico periódico
- Programas de rehabilitación
- Medio familiar emocionalmente estable
- Hábitos de vida saludable

¿Cuál es el curso de la esquizofrenia?

La esquizofrenia, es un trastorno dramáticamente variado, con *diferentes formas de inicio*, que *puede cursar de forma lenta, "disimulada", deteriorando progresivamente la autonomía y la capacidad de relación social, o presentarse súbitamente con un cuadro sintomático florido y espectacular*.

Asimismo, *el curso posterior puede seguir muy distintos desarrollos y deteriorar en diferente grado las funciones superiores del individuo, de grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad*.

La esquizofrenia, es un trastorno mental de larga duración, recurrente y discapacitante, sin embargo, se puede controlar, recuperar aun cuando todavía no exista una forma de curarla definitivamente.

6. Bibliografía

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salud Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.

García-Herrera Pérez-Bryan JM^a, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Nogueras Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, Millán Carrasco A, Rivas Guerrero F, Morales Asencio JM, Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluza de Salud, 2019.

Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Murcia, 2009.

Alburquerque F. Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia. Lima, 2004. p.15-25.

CONOCIMIENTO DE LA DEPRESIÓN

1. Fundamentación

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

La incidencia de esta enfermedad es del 5-6% de la población, con una prevalencia de entre un 5 y un 11% a lo largo de toda la vida, siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres. Como se observa, la probabilidad de padecer depresión es casi el doble en mujeres que en hombres siendo más grave la presentación de los síntomas en las mujeres: experimentan depresiones más prolongadas y/o recurrentes, a edades más tempranas y con una menor calidad de vida (aumento de peso, ansiedad y mayores manifestaciones físicas de la enfermedad). El riesgo de recurrencia de la enfermedad es mayor en pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en las personas jóvenes y en las personas que a lo largo de su vida han presentado múltiples episodios de depresión.

Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años. El suicidio se presenta en un 3-4% de las depresiones mayores. En el estudio de prevalencia de los trastornos mentales más amplio y reciente realizado en España (Estudio ESEMeD-España), el trastorno más frecuente es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Destaca también en tercer lugar la distimia tanto en prevalencia-año (1,49%, detrás de la fobia específica con el 4,5%) como en prevalencia-vida (3,65% detrás de la fobia social con el 3,6%).

Con frecuencia, la depresión coexiste con otras enfermedades que pueden presentarse antes de la depresión, causar dicha depresión y/o puede ser el resultado de la misma. Esta relación de bidireccionalidad, tiene un gran impacto en el deterioro de la salud, así como en la atención y tratamiento recibidos. Cuando la depresión se presenta junto con otras enfermedades físicas, el decremento en salud es superior al de la depresión sola, las enfermedades físicas aisladas e incluso al de las enfermedades físicas crónicas combinadas sin depresión. La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades de base, es un 20% mayor que el del resto de la población. Esta elevada prevalencia se debe, en parte, a los efectos secundarios derivados de los tratamientos que reciben o de las secuelas que provocan algunas enfermedades y que tienen una gran influencia sobre el estado de ánimo de los pacientes. La depresión provoca un empeoramiento significativo del pronóstico de una enfermedad asociada a aquel paciente que la padece. Asimismo, este trastorno mental influye negativamente en la adherencia al tratamiento, especialmente en las enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes, donde una buena adherencia al tratamiento es fundamental.

La depresión mayor es uno de los factores asociados a la conducta suicida, además se posiciona como el mejor predictor de intentos de suicidio y suicidios llevados a cabo. Sin embargo, hay investigaciones que muestran que entre un 13% y un 40% de las personas que se suicidan no cumplen con los criterios diagnósticos de Trastorno por Depresión Mayor. Los intentos de suicidio alcanzan al 10% de los pacientes deprimidos. El 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose, y de éstas, el 70% visitan al médico de cabecera unas 6 semanas antes del suicidio.

Este trastorno mental es de origen multifactorial, su probabilidad de desarrollo está influenciado por varios factores de riesgo, entre los que se incluyen: factores *psicológicos*, *sociales* y los factores *biológicos*.

a. Factores Psicológicos:

Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o la falta de

reforzadores positivos. Desde los años ochenta se han multiplicado los trabajos que desarrollan la tesis cognitiva según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir de esquemas cognitivos que facilitan la aparición de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro y de sí mismo.

b. Factores Sociales

Los factores sociales predisponentes son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos:

- Las experiencias de privación psicosensorial o de abusos y explotación extremos, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar.
- Otros muchos factores sociales predisponentes o de vulnerabilidad se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo, el bajo nivel de recursos económicos, condiciones difíciles en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, vecindario con altos niveles de violencia, etc. En un estudio de cohortes prospectivo publicado recientemente se desprende que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.
- Los acontecimientos vitales negativos y cargados de estrés se relacionan con el inicio de la depresión. Sin embargo, no es suficiente el hecho de valorar los cambios vitales en sí mismos; es necesario tener presente la susceptibilidad individual, el significado de los cambios para cada individuo y la capacidad de este para enfrentarse a dichas situaciones estresantes, así como su red de apoyo, familiar e institucional, y su situación socioeconómica. Los acontecimientos vitales no influyen de igual manera en todas las personas. Los acontecimientos vitales que suelen precipitar la sintomatología depresiva son las pérdidas importantes de familiares/amigos, los acontecimientos no deseables que generan mucho estrés, los que no se pueden controlar y los que suponen una gran amenaza para sí mismo.

c. Factores Biológicos

- *Genéticos*: los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado.
- *Neuroquímicos*: los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER).
- *Endocrinos*: se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.
- *Fisiológicos*: se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.
- *Anatómicos*: con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo

Clásicamente, la depresión se ha clasificado según su etiología en:

- a. **Depresión Endógena**: aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto. Existen dos tipos de depresión endógena:
 - *Depresión unipolar (depresiva)*: los individuos presentan un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día durante al menos dos semanas, aunque

normalmente suele perdurar más en el tiempo. Este tipo de depresión se acompaña de pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades.

- o *Trastorno bipolar*: se combinan episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo irritable, hiperactividad, disminución de la necesidad de dormir, ánimo elevado, logorrea (locuacidad incoherente) y autoestima elevada.
- b. **Depresión Exógena o Psicógena (neurótica-reactiva)**: asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales. Obedece a una causa externa generalmente bien definida como por ejemplo la pérdida de un ser querido o enfermedad grave. Este tipo de depresión depende de la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y la naturaleza individual del ser humano.
- c. **Depresión Orgánica**: Se produce como consecuencia de los síntomas físicos de una enfermedad o por los efectos secundarios de determinados medicamentos. Una vez solucionado el problema orgánico primario la depresión desaparece, puesto que en este caso el problema no provoca ningún tipo de estrés. Por ejemplo, un paciente que en reacción al diagnóstico de un cáncer desarrolla una depresión, tendría una depresión psicógena; en cambio, un paciente que desarrolla una depresión que se considera ligada fisiopatológicamente al cáncer, sería diagnosticado de depresión orgánica. Las causas más frecuentes de depresión orgánica son las siguientes:

16	Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos
Enfermedades endocrinas y metabólicas:	
• Hipo e hipertiroidismo.	• Síndrome de Cushing
• Hiperparatiroidismo	• Porfiria aguda intermitente
• Enfermedad de Addison	• Diabetes
Intoxicaciones:	
• Plomo	• Quinina
• Mercurio	• Monóxido de carbono.
• Bismuto	
Enfermedades infecciosas:	
• Gripe	• Demencia relacionada con SIDA
• Hepatitis	• Mononucleosis infecciosa
• Neumonía	• Neurosífilis
Enfermedades hematológicas:	
• Deficiencia de folato	• Anemia perniciosa
Enfermedades digestivas:	
• Enfermedad de Wilson	• Carcinoma cabeza páncreas
Enfermedades neurológicas:	
• Tumores intracraneales	• Síndrome postcontusión
• Demencia tipo Alzheimer	• Miastenia gravis
• Enfermedad de Parkinson	• Esclerosis Múltiple
• Hematoma Subdural	• Enfermedad de Huntington
• Hidrocefalia normotensiva.	
Colagenopatías:	
• Arteritis de células gigantes	• Artritis reumatoide
• Lupus	
Fármacos:	
• Antihipertensivos y cardiovasculares:	• Antiinflamatorios: Indometacina, Ibuprofeno,
Metildopa, Betabloqueantes, Digital...	Fenacetina, Fenilbutazona...
• Esteroides: ACHO, ACTH, corticoides.	• Antibióticos, antifúngicos y afines: Metronidazol,
• Neurológicos y psicofármacos: Levodopa,	Griseofulvina, Clotrimazol, Dapsona...
Carbamacepina, Fenitoína, Amantadina...	• Antineoplásicos: Vincristina

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas

Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM)

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) La CIE-1056 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 1):

- ánimo depresivo
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- aumento de la fatigabilidad

Tabla 4. RESUMEN DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS (CIE 10)

	LEVE	MODERADO	GRAVE	DISTIMIA
Síntomas principales: 1. Humor depresivo (vivencia de tristeza) 2. Pérdida de interés y disfrute (apatía y anhedonia) 3. Fatigabilidad (cansancio)	2 síntomas	2 síntomas	Los tres síntomas	Estado de ánimo deprimido continuo o recurrente
Otros síntomas: a) Disminución de la atención y concentración b) Pérdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves) d) Perspectiva sombría del futuro e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones f) Trastornos del sueño g) Pérdida del apetito	Al menos 2	3 ó 4	Al menos 4	Al menos 2
Intensidad de los síntomas	Ninguno en grado intenso	Varios en grado intenso (no esencial si son muchos)	Intensidad grave	Menor que leve
Interferencia: dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema	Alguna dificultad
Duración	Al menos dos semanas			>Dos años

Tabla 1. Principales síntomas de un trastorno depresivo

SÍNTOMAS
Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío
Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia
Irritabilidad
Pérdida de interés en las actividades que disfrutaba con anterioridad
Fatiga, cansancio y falta de energía
Alteraciones del sueño: insomnio, dormir demasiado, despertar muy temprano
Alteraciones en la alimentación: comer excesivamente/pérdida apetito
Ideas suicidas/intentos autolíticos
Dolores persistentes, dolores de cabeza, problemas digestivos o malestar persistente

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)

La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión de la enfermedad, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia: a mayor persistencia de síntomas mayor es la probabilidad de recaída.

El tratamiento idóneo para las personas con depresión plantea un abordaje integral de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica, psicológica y social y otras que sólo precisen uno o dos aspectos y distintas combinaciones de medicación y psicoterapia.

Es recomendable que tanto el paciente como su familia y amigos tengan un papel activo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el desarrollo del mismo. Deben sentirse apoyados durante el proceso del tratamiento y el desarrollo del plan de cuidados estandarizado potenciando de esta forma, la adquisición de estrategias de afrontamiento.

Después de la mejoría, vigilar posibles signos de recaída y si reaparecieran nuevos síntomas, buscar ayuda rápidamente.

Un episodio no tratado suele durar entre 6 y 12 meses, mientras que la mayoría de los episodios tratados duran alrededor de 3 meses. Los episodios remiten completamente en dos terceras partes de los casos, mientras que lo hacen sólo parcialmente en un tercio de los casos (especialmente si vienen precedidos de un trastorno distímico). A medida que aumenta el número de episodios, éstos tienden a ser más frecuentes y prolongados. En un periodo de 20 años, la cantidad media de episodios es de unos cinco. Se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un primer episodio tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto.

2. Definición

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido y pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

3. Objetivos

Desde la perspectiva de la enfermera consejera/o el objetivo fundamental de la consejería de enfermería es *enseñar a aprender, a entender y manejar la depresión por parte del paciente adulto/adulto mayor o familiar, previniendo así la recurrencia, el menoscabo de la funcionalidad y consecuentemente sufrimientos innecesarios para sí mismo y su familia.*

Considerando al paciente o familiar como agentes de su propio cuidado, los objetivos son:

Al término de las sesiones de consejería de enfermería (mínimo dos) el paciente adulto/adulto mayor o el familiar estarán en la capacidad de:

- Definir la depresión
- Identificar la prevalencia y causalidad de la depresión
- Describir la sintomatología de este trastorno
- Explicar los tipos de depresión
- Mencionar las intervenciones terapéuticas para tratar la depresión
- Reconocer la importancia de tener información acerca de la depresión que presenta
- Reconocer que del grado de participación de sí mismo y de su familia en el proceso de tratamiento y recuperación dependerá los resultados favorables o no favorables de dichos procesos.

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Indague si el paciente o familiar conoce el diagnóstico psiquiátrico.
- b. Explore acerca de:

- *la información que tiene el paciente o familiar respecto a la depresión*
- *los sentimientos y emociones que experimenta por tener depresión*
- *sus preocupaciones y miedos*
- *sus creencias y expectativas*
- *el efecto de la depresión en su vida cotidiana*
- *sus dudas, inquietudes y preguntas*

- c. Anime al paciente o familiar a verbalizar sus respuestas adoptando una actitud terapéutica:

- Muestre su comprensión por el significado que la depresión tiene para ellos mediante sus conductas verbales y no verbales.
- Algunas preguntas útiles durante la entrevista pueden ser:

¿Cómo ha cambiado la depresión su vida?

¿Cómo le afecta la depresión en la vida diaria?

¿Qué es lo que más teme o le preocupa de esta enfermedad?

¿Le preocupa que pueda seguir así toda la vida?

- d. Formule las preguntas en el orden que usted va a seguir al dar la información respecto de la depresión. Paralelamente puede ir haciendo la pregunta y seguidamente le proporciona la información correcta, utilizando un lenguaje comprensible para el nivel de instrucción y edad del paciente o familiar.

Al dar la información procure mostrar láminas o en ese momento plasme en dibujos el contenido de la información, de modo que facilite el aprendizaje. Utilice medios tecnológicos si los tiene.

¿Qué entiende por depresión?

¿Cuánto dura la depresión?

¿Es posible curar la depresión?

¿Quiénes pueden enfermar de depresión?

¿A qué edad se presenta la depresión?

¿Cuáles son las razones por las que una persona puede enfermar de depresión?

¿Qué factores cree usted le han llevado a enfermar de depresión?

¿Cuáles son los síntomas centrales de la depresión?

¿Qué otros síntomas ocurren en la depresión?

¿Cómo se trata la depresión?

- p. Aclare las ideas erróneas que puede tener el paciente o el familiar respecto a la depresión.
- q. Si utiliza términos técnicos durante la instrucción, explíquelos utilizando un lenguaje sencillo.
- r. Obtenga una copia de las instrucciones para el paciente o familiar y entrégueles el material educativo.
- s. Resuma el contenido de la información que ha impartido.
- t. Corrobore si la información ha sido comprendida.
- u. Recomiende al familiar hacer un espacio cada día para ayudar al paciente a repasar la información y hacerle preguntas en distintos momentos para probar si está aprendiendo.
- v. Encargue al familiar aprender y poner en práctica con su familiar las estrategias señaladas en el material educativo proporcionado a fin de facilitar la recuperación de su familiar en tratamiento.
- w. Recomiende conservar la información en un folder u otro y, leer la información todas las veces que sea necesario para asimilarla. Si hay algo que no entiende, pídale anoten las preguntas para que la enfermera consejera/o las absuelva en la siguiente sesión de consejería.
- x. Programe la cita de la próxima sesión de consejería de enfermería.
- y. Despida cordialmente al paciente o familiar.
- z. Registre en el Sistema MentalCom la consejería realizada, los hallazgos y sugerencias.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento que tienen repercusiones importantes en la vida diaria del paciente que la sufre y en su entorno.

La depresión es una enfermedad frecuente, como muchas otras, y existen tratamientos eficaces para ella; la recuperación es la regla y no la excepción, ya que la mayoría de los pacientes se recuperan sin consecuencias.

¿Quiénes pueden enfermar de depresión?

La depresión puede afectar al ser humano en cualquier etapa de la vida: niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

La probabilidad de padecer depresión es casi el doble en mujeres que en hombres siendo más grave la presentación de los síntomas en las mujeres: experimentan depresiones más prolongadas y/o recurrentes, a edades más tempranas y con una menor calidad de vida.

La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

Su frecuencia e intensidad puede variar de una persona a otra, pero los dos síntomas más importantes son:

- Ánimo disminuido, tristeza y desesperanza.
- Pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba o reducción del placer al realizarlas, la mayoría de los días durante las últimas semanas.

Otros posibles síntomas que se presentan con cierta frecuencia son:

- Irritabilidad (enojarse fácilmente).
- Ansiedad.
- Ganas de llorar sin un motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño, despertarse más temprano o **dormir más de la cuenta**.
- Cambios en el apetito, que a veces conducen a un aumento o **disminución de peso**.
- **Dificultad** para concentrarse, para **recordar** y tomar decisiones.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia sí mismo.
- Deseos de muerte o ideas de suicidio.

Además, se pueden sentir los siguientes síntomas físicos asociados:

- Dolor en diferentes partes del cuerpo; dolor de cabeza, por ejemplo.
- Palpitaciones o presión en el pecho.
- Molestias abdominales, problemas digestivos y otros dolores crónicos.

¿Por qué aparece la depresión?

Es posible que haya pasado algo en su vida que haya desencadenado la depresión, generalmente el trastorno se produce por un conjunto de *factores*:

- Parece poco probable que pueda deberse a una causa única: más bien puede ser el resultado de una combinación de factores *psicológicos, genéticos y bioquímicos*.
- Existen factores psicológicos o factores relacionados con la personalidad que también pueden predisponer a la depresión.
- Se han descrito diversas circunstancias que pueden activar los sentimientos característicos de la depresión y actuar como desencadenantes.
- Algunos estudios indican que cuando las personas se sienten deprimidas se refleja algunos cambios en zonas del cerebro. Además, las sustancias químicas que utilizan las células del cerebro para comunicarse, los neurotransmisores, parecen no estar en equilibrio.

Algunas de las circunstancias que pueden aumentar el riesgo de depresión son:

- Haber sufrido depresión en el pasado.
- Antecedentes en la familia de personas deprimidas.
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo el fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales.
- Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, en el trabajo, familia u otros contextos).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos.
- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Algunos medicamentos que se utilizan para otras enfermedades.
- Abuso de alcohol o consumo de drogas.
- Tras el parto, algunas mujeres pueden sentirse más vulnerables a la depresión.
- Los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden resultar especialmente difíciles de asumir.

¿Cómo se trata la depresión?

Existen varios tratamientos de probada eficacia que le pueden ayudar. A veces es necesario probar más de uno hasta encontrar el adecuado, pero esto no quiere decir que no vayan a funcionar.

*La eficacia de cualquier tratamiento
dependerá en gran parte de la colaboración
entre el paciente y el profesional que le
atiende.*

Es recomendable que tanto el paciente como su familia y amigos tengan un papel activo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el desarrollo del mismo. Deben sentirse apoyados durante el proceso del tratamiento y el desarrollo del plan de cuidados estandarizado potenciando de esta forma, la adquisición de estrategias de afrontamiento.

Después de la mejoría, vigilar posibles signos de recaída y si reaparecieran nuevos síntomas, buscar ayuda rápidamente.

Las personas con depresión leve, pueden mejorar por sí mismas, sin tratamiento, o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas o cómo cambiar algunos aspectos del día a día que pueden ayudar a sentirse mejor. Los medicamentos antidepresivos y las terapias psicológicas también son útiles en algunos casos.

No se recomiendan algunas terapias alternativas, como la acupuntura, el yoga, el masaje o ciertos suplementos alimentarios, aunque algunas personas los utilizan.

La hierba de San Juan (una terapia herbal que utilizan algunas personas) tiene el inconveniente de que puede producir interacciones serias con algunas medicinas de uso frecuente como anticonceptivos orales, anticoagulantes, anticonvulsivantes y algunos tratamientos oncológicos, por lo que es imprescindible utilizarla con el mismo control médico que cualquier otra medicina.

Para la *depresión moderada*, las *terapias psicológicas* y los *fármacos antidepresivos* son las opciones de tratamiento.

Para la *depresión grave*, lo más recomendable son los *fármacos combinados con terapia psicológica*. En algunos casos, cuando otros procedimientos no han funcionado y la sintomatología es grave e incapacitante está indicada la terapia electroconvulsiva (TEC) que, pese a comentarios que haya podido oír, es un tratamiento rápido y eficaz, que se administra en el hospital bajo anestesia general.

¿Qué puede hacer para ayudar a recuperarse?

- a. *Acepte que tiene depresión.*
- b. *Aprenda más sobre la depresión*, de manera que pueda entender mejor sus síntomas y su significado.
- c. *Aplazue las decisiones importantes*, tales como contraer matrimonio, divorciarse, o cambiar de empleo, hasta que se sienta mejor.
- d. *Procure hacer ejercicio físico* es recomendable empezar poco a poco y puede recurrir a amigos y a la familia para que le apoyen. Evita hacer ejercicio físico en los últimos momentos del día, próximo a la hora de acostarse.
- e. *Practique ejercicios respiratorios y técnicas de relajación.*
- f. Procure que las *habitaciones* en casa o del *lugar de trabajo* estén bien *iluminados*.
- g. Salga a lugares donde pueda *tomar el sol* (calle, playa, campo, etc.)
- h. Lleve a cabo una *alimentación saludable*.
- i. *Duerma con regularidad*: aunque algunas personas con depresión padecen de insomnio, otras duermen mucho. Por eso es importante seguir unas normas que le ayuden a mantener una higiene del sueño, como acostarse más o menos a la misma hora todos los días, no tomar estimulantes o no hacer siesta en el día. Si estas medidas no funcionan a veces es necesario tomar un fármaco para dormir, siempre que su médico se lo haya recetado.
- j. *Evite el consumo de alcohol y drogas*: no solo no le ayudará, sino que complicará todavía más las cosas.

- k. *Planifique actividades a corto plazo* que tengan como finalidad la diversión o afianzar la auto-confianza; a medida que vaya mejorando se sentirá capaz de reanudar las actividades que le proporcionaron placer en el pasado. Puede hacer un *listado* con las *actividades que se propone hacer cada día* (con la ayuda de alguien si es necesario). Al principio, *no sea muy exigente consigo mismo*.
- l. *Identifique los problemas de la vida diaria y situaciones de estrés*; puede ayudarlo a concentrarse en hechos puntuales para mejorar sus estrategias de afrontamiento. Si los problemas le parecen asfixiantes, considérellos de uno en uno, si es posible.
- m. *Dedique un tiempo a sus propios intereses*.
- n. *Aprenda a reconocer cuando necesita parar*, todos tienen un límite. No sea severo consigo mismo/o.
- o. *Dese un halago a sí misma/o* para reforzar los cambios positivos.

¿Qué puede hacer su familia para ayudarla/o a recuperarse?

La familia, pareja y amigos íntimos de personas con depresión han encontrado que resultan de utilidad las siguientes estrategias:

- a. *Aprenda sobre la depresión, su tratamiento y lo que puede hacer* para ayudar a la recuperación de su familiar.
- b. *No le obligue a estar más activo*; en cambio dele oportunidades para compartir con usted actividades para las que puede estar más dispuesto a hacer. En el transcurso de la mejoría experimentada durante el tratamiento, será capaz de hacerlas.
- c. No forzarle a la readaptación social, laboral o familiar hasta que comience a observarse una mejoría en su estado de ánimo.
- d. *Dedique parte de su tiempo a estar con él o ella*.
- e. *Su familiar con depresión desea mejorar*. Si alguna vez le parece lo contrario significa que no comprende que esa aparente falta de esfuerzo es uno más de los síntomas de la propia depresión.
- f. *Las críticas y los reproches activan los sentimientos propios de la depresión*; los elogios y las alabanzas suben la autoestima y tienden a aumentar el ánimo.
- g. Animarle a resistirse al pesimismo y la autocrítica negativa y a no actuar bajo ideas pesimistas. Conviene que el paciente en este estado no tome decisiones drásticas sobre su vida, como separación o divorcio, dejar el trabajo, etc.
- h. *Elogie cada uno de sus avances*, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.
- i. *Ayúdele a reconocer las fuentes de estrés y a encontrar la forma más adecuada para hacerle frente*. Quizá sea necesaria su colaboración en la solución de algunos problemas que preocupan especialmente a su familiar o amigo.
- j. *Lleve una vida sana, realice algo de ejercicio físico y diviértase*. Comparta con su familiar deprimido estas actividades.
- k. *Ayúdele a mantener los compromisos adquiridos* respecto de los tratamientos acordados con los profesionales.
- l. *Dele ejemplo y comparta* con su familiar las restricciones respecto al consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.
- m. *Tome en serio cualquier pensamiento de suicidio y muestre disposición a hablar con él o ella* sobre este tema abiertamente. Si su familiar se siente inseguro respecto a hacerse daño, acompáñelo, dígame cuánto lo/a necesita y que es valioso/a para usted.
- n. *Si lo considera necesario o si necesita orientación* puede contactar con personal del Instituto o trasladar a su familiar a *Emergencia*.
- o. Si está al cuidado de alguien con depresión grave *también es fundamental encontrar tiempo para usted y su descanso*.
- p. *Deseche toda idea sentirse mal o culpable por tomarse tiempo para sí*. Cuando la depresión se alarga, convivir con su familiar puede desgastar, por lo que es necesario tomar medidas para cuidarse y mantenerse bien psicológicamente.

*“Cuidar a su ser querido comienza por cuidarse a
usted mismo”*

6. Bibliografía

Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. Murcia. 2007.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Anexo 4: La depresión: información para pacientes, familiares y allegados.

Aragónés E, Cardoner N, Colom V, López D.G. Guía de buena Práctica Clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión. Madrid.

Elena Quintana Calderón. El Papel de Enfermería en la Depresión mayor. Cantabria. 2017.

Amalia García – Delgado Morente, Miguel Ángel Gastelurrutia. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión. Granada.

BENEFICIOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS

1. Fundamentación

A principios de la década del 50 se produjo el descubrimiento en forma aleatoria y accidental del primer fármaco antipsicótico: la *Clorpromazina*. Fue sintetizado como antihistamínico por la industria farmacéutica francesa y en 1950, Henri Laborit, cirujano francés, advirtió su efecto sedante en pacientes psicóticos. En 1952, Delay, Deniker y Harl lo probaron en el Hospital Sainte Anne de París, confirmando su utilidad sobre los síntomas psicóticos positivos. Consiguientemente, describieron el efecto de sedación que producía en un caso de excitación maniaca. En 1955, Kline ensayó la *reserpina* en Nueva York. La *reserpina*, principio activo de la raíz de *serpentaria*, se empleaba en la India en el tratamiento de las enfermedades mentales. *Clorpromazina* y *reserpina* son dos compuestos de fórmulas químicas diferentes con dos propiedades en común: efecto antipsicótico a nivel mental y efecto neuroléptico a nivel neurológico. Por este motivo, los antipsicóticos de primera generación o típicos también se denominaron neurolépticos.

El éxito de los primeros antipsicóticos dio lugar al desarrollo de otras moléculas sintéticas que tuvieran propiedades similares. Así surgió el famoso *haloperidol*. Pasados los años '80, advino la segunda generación de antipsicóticos. Comenzando con la *risperidona* que es una molécula de características peculiares porque tiene un funcionamiento como atípico en bajas dosis, pero típico cuando la dosis se incrementa. En verdad, no fue la risperidona el primer atípico. En el año 1958 ya se había sintetizado una molécula, la *clozapina*, que comenzó a utilizarse en la clínica en 1965. Tiene la particularidad de ejercer un efecto antipsicótico más limpio, despojado del efecto de neurolepsia característico de los antipsicóticos convencionales, pero la *clozapina* conjuga una alta efectividad con un riesgo indeseable: la posibilidad de producir una abrupta caída de los glóbulos blancos con la consiguiente inmunodeficiencia. Ese lado riesgoso no le había permitido desplazar a los típicos de su lugar como antipsicóticos de primera elección.

Cabe destacar que los antipsicóticos convencionales están desprovistos de la capacidad para bloquear los receptores serotoninérgicos 5 HT₂, propiedad característica de los nuevos antipsicóticos atípicos. Como resultado de la distinta capacidad de los antipsicóticos convencionales para unirse a distintos receptores, estos agentes se diferencian entre sí por sus perfiles de efectos secundarios, y no en el conjunto de su actuación terapéutica. Todos disminuyen los síntomas psicóticos-especialmente los síntomas positivos- de forma similar en pacientes esquizofrénicos. No hay ninguna diferencia reconocida en cuanto a eficacia entre todos los agentes antipsicóticos convencionales cuando se prueban en grandes grupos de pacientes. Este no es el caso de los *antipsicóticos atípicos*, de una eficacia reconocidamente superior (particularmente para con los síntomas negativos) al compararse con los antipsicóticos convencionales.

Las moléculas antipsicóticas tienen quizás los más complejos mecanismos de acción. Particularmente, las atípicas. Se conocen en la actualidad diferentes sistemas de neurotransmisión involucrados: *Dopamina*, *Acetilcolina*, *Serotonina*, *Glutamato*, *GABA*.

Las moléculas atípicas son de *primera línea en la elección del tratamiento*. Habría *dos órdenes de factores a considerar*. En términos de *eficacia*, sobre los síntomas negativos es más conveniente su elección por sobre los típicos, que no los mejoran o incluso los pueden producir (síndrome deficitario inducido por neurolépticos - NIDS). Si bien, la incidencia de los neurolépticos sobre la cognición podría relativizarse, según estudios efectuados en los últimos años, si son aplicados en bajas dosis. En términos de *eficiencia*, al disminuir la posibilidad de aparición de efectos adversos extrapiramidales los atípicos propiciarían una mayor adherencia terapéutica y mejor calidad de vida.

La mayoría de los pacientes tratados con antipsicóticos presenta una evolución favorable. Si no obtiene la respuesta esperada con la molécula elegida en primera instancia aplicada en dosis y tiempo adecuados, se cambia a una segunda droga, generalmente atípica. El antipsicótico atípico *Clozapina* dispone de la mejor eficacia documentada para el tratamiento de la esquizofrenia resistente dado su perfil de efectos adversos. La esquizofrenia resistente se define

como la falta de una mejoría clínica satisfactoria luego del uso secuencial de dos antipsicóticos en dosis y por periodos de tiempo adecuados, siendo al menos uno de ellos un antipsicótico de segunda generación (pacientes refractarios).

Las dosis utilizadas en cada tratamiento dependerán de la eficacia, la buena tolerancia y ventana terapéutica de la molécula empleada. Se trata de mantener al paciente libre de síntomas o de sostener la mejoría que haya obtenido y evitar recaídas o recidivas. Las formas depot de administración pueden ser útiles en los pacientes reticentes a cumplir con la toma de la medicación.

Los antipsicóticos de depósito son antipsicóticos inyectables de liberación prolongada, que requieren ser aplicados cada dos a cuatro semanas para mantener niveles plasmáticos estables de medicación. Fueron originalmente diseñados para pacientes con buena respuesta a antipsicóticos orales, pero con mala adherencia a la farmacoterapia oral, de manera de evitar recaídas y hospitalizaciones causadas por el cese de la medicación.

Básicamente, respecto de la cuestión farmacológica, podemos formular que no habría un tratamiento de "talla única"; en todo caso, el tratamiento consiste en seleccionar para cada paciente y junto con el paciente cuál es la molécula que mejor se ajusta a su situación en particular.

2. Definición

Los antipsicóticos, también denominados neurolepticos o tranquilizantes mayores constituyen la medicación básica para el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados. Estos fármacos son particularmente eficaces en el control de los síntomas psicóticos, especialmente aquellos denominados positivos (alucinaciones, delirios, alteraciones en el pensamiento) mientras que su repercusión sobre los síntomas negativos (apatía, indiferencia emocional, entre otros) es moderada o inexistente. También funcionan como estabilizadoras del ánimo, tienen incidencia sobre la manía, la hipomanía, la depresión. Además, pueden producir sedación y pueden bajar la ansiedad.

Este grupo de medicamentos son efectivos, tanto en la fase aguda como en la de mantención de la enfermedad, y se piensa que su principal mecanismo de acción es el bloqueo post sináptico de los receptores de dopamina D2. De hecho, se ha postulado que al menos en parte, la potencia del efecto antipsicótico está dada por la afinidad del fármaco al receptor D2.

Estos fármacos pueden ser encontrados en diferentes presentaciones que pueden ser administradas por diferentes vías: vía oral, bucodispersable, en gotas, inyectable y como fármacos de depósito.

3. Objetivos

- a. Ayudar al paciente y/o familiar a reconocer que los medicamentos antipsicóticos son la base del tratamiento para eliminar o disminuir los síntomas psicóticos.
- b. Ayudar al paciente y/o familiar a identificar que los medicamentos antipsicóticos tomados regularmente son un importante factor de protección contra las recaídas y recurrencias.
- c. Ayudar al paciente y/o familiar a reconocer que la toma continuada de los antipsicóticos lo ayudarán a conservar su funcionalidad en la vida diaria.

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Explique que los medicamentos antipsicóticos son la base del tratamiento de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos relacionados
- b. Pregunte cuáles son los síntomas y problemas que él considera necesitan corregirse con los antipsicóticos
- c. Informe acerca de los beneficios de los antipsicóticos (controlar los síntomas y evitar las recurrencias)
- d. Explique las clases de antipsicóticos y las ventajas de cada uno de ellos
- e. Pida al paciente y/o familiar identifique qué tipo de antipsicótico (s) le ha recetado el médico tratante

- f. Advierta que requiere aprender el nombre genérico (nombre del principio activo) del antipsicótico (s) que su médico le ha recetado.
- g. Exponga que el tratamiento es prolongado, posiblemente de por vida, y bajo ninguna circunstancia debe ser suspendido
- h. Enseñe la necesidad de tomar los antipsicóticos en forma continua y regular, evitando suprimirlos, aun cuando ya no tenga síntomas. Por ejemplo, que, así como en la diabetes o en la hipertensión, requiere tomar la medicación y ser controlado por su médico.
- i. Informe cuánto tiempo tardará en hacerle efecto.
- j. Informe que las personas responden a los medicamentos antipsicóticos de diferentes maneras, por lo que a veces es necesario probar varios medicamentos antes de encontrar el adecuado.
- k. Pida marque en la Lista de beneficios de los antipsicóticos (puede obtenerla de la Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia), cuáles ha obtenido con el antipsicótico (s) recetado
- l. Advierta los riesgos a los que se expone si deja de tomar los antipsicóticos.

5. Instrucciones para el paciente o familiar:

¿Qué son los antipsicóticos?

Los antipsicóticos, también denominados son la medicación básica para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

¿Cuáles son los beneficios de los antipsicóticos?

Los antipsicóticos son útiles para:

- a. Lograr y mantener la disminución o desaparición de los síntomas psicóticos, de modo que dejen de tener un efecto negativo en la vida del paciente.
- b. Iniciar o restablecer las actividades cotidianas normales, como trabajar, estudiar, vivir independientemente y mantener relaciones sociales.
- c. Evitar que la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos regresen.

¿Cómo se clasifican los antipsicóticos?

Los antipsicóticos son de tres clases:

- a. Antipsicóticos clásicos, típicos, convencionales o de primera generación
- b. Antipsicóticos parcialmente atípicos
- c. Antipsicóticos atípicos, de segunda generación o nuevos

¿Cuáles son los antipsicóticos de uso más frecuente?

De acuerdo a su clasificación, los antipsicóticos que se usan frecuentemente son;

a. Antipsicóticos clásicos, típicos, convencionales o de primera generación:

Se les llama clásicos por ser los primeros antipsicóticos que aparecieron en 1952 y se les llama también típicos porque frecuentemente suelen producir efectos secundarios relacionados con el sistema nervioso, tales como temblor de extremidades, rigidez e "inquietud".

- o Clorpromazina
- o Trifluoperazina
- o Periciazina
- o Levomepromazina
- o Tioproperazina
- o Haloperidol
- o Bromperidol
- o Pimozida
- o Prometazina
- o Tiotixeno
- o Flupentixol
- o Zuclopentixol

- Zuclopentixol acetato

Antipsicóticos clásicos de depósito: El efecto beneficioso es de acción prolongada (hasta un mes) La presentación de estos antipsicóticos es solo en inyectables.

- Decanoato de flufenazina
- Decanoato de haloperidol
- Decanoato de zuclopentixol
- Decanoato de flupentixol

b. Antipsicóticos parcialmente atípicos:

Mejoran los síntomas **positivos**, **parcialmente los síntomas negativos** y generalmente producen **pocos efectos secundarios**.

- Sulpirida

c. Antipsicóticos atípicos, de segunda generación o nuevos: Mejoran los síntomas positivos y negativos, los síntomas depresivos y el déficit cognitivo. No producen efectos secundarios del sistema nervioso.

- Clozapina
- Risperidona
- Olanzapina
- Amisulprida
- Quetiapina
- Ziprasidona
- Aripiprazol

Antipsicóticos inyectables de acción liberada:

- Risperidona de acción prolongada
- Palmitato de Paliperidona

Un paciente no debe dejar de tomar sus medicamentos sin antes consultar con un médico. La interrupción brusca de la medicación puede ser peligrosa y puede empeorar los síntomas de la esquizofrenia.

6. Bibliografía

- Albuquerque F. Guía de Auto Instrucción para las Personas con Esquizofrenia. Lima, 2004
- Herlyn S. Tratamiento de la Esquizofrenia.
- Herlyn S. Antipsicóticos. 2016
- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia. Santiago: MINSAL, (2017). p. 45-49
- Organización Panamericana de la Salud “Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud” Washington, D.C.: OPS, © 2010

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS

1. Fundamentación

La sensibilidad a los efectos adversos extrapiramidales o anticolinérgicos o adrenérgicos tiene una gran variabilidad interpersonal. Algunos pacientes reciben altas dosis sin presentar efectos indeseables y otros pueden hacerlos con dosis mínimas. Que un fármaco pueda producir estos efectos no quiere decir que inevitablemente se presenten en todos los pacientes que están tratados con ellos. La aparición de efectos adversos debilita la adherencia al tratamiento.

La GPC Tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia, reporta que en la revisión sistemática del año 2013, encargada por la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos a la Universidad de Alberta, se concluye que la evidencia disponible es insuficiente para determinar diferencias en el riesgo de presentar efectos adversos importantes (motores, metabólicos o en mortalidad) entre los antipsicóticos de primera generación (APG) y los de segunda generación (ASG). Sin embargo, en estudios más recientes que comparan uno a uno los antipsicóticos disponibles, sí encontramos diferencias en cuanto a los efectos adversos generados por cada uno.

Cuando pensamos en los efectos adversos de los antipsicóticos, son varios los grupos de efectos adversos a considerar:

- a. **Efectos extrapiramidales:** incluyen acatisia, rigidez, bradiquinesia, temblor y distonía aguda.
- b. **Disquinesia tardía:** Corresponde a un cuadro en que los pacientes presentan movimientos coreoatetósicos involuntarios, principalmente a nivel de la cara, la boca y la lengua. El riesgo de disquinesia tardía aumenta con la edad, tiempo de exposición a los fármacos y antecedentes de efectos extrapiramidales previos. El riesgo de disquinesia tardía es mayor con APG que con ASG.
- c. **Síndrome metabólico:** Que incluye el alza de peso, diabetes, hipertensión, dislipidemia y enfermedad cardiovascular. El desarrollo de cuadros metabólicos es más frecuente con los ASG que con los APG, aunque el mecanismo por el cual los antipsicóticos inducen estos cambios no es completamente claro. Probablemente lo producen tanto por la vía del aumento del apetito y la ingesta como por alteraciones directas al metabolismo. Estos efectos son de los más sentidos por los pacientes, y pueden condicionar una baja adherencia e incluso un abandono de tratamiento, por lo que es importante estar atentos a ellos. Es importante considerar también que el generar cambios en los estilos de vida, dieta y ejercicio, pueden aminorar significativamente el efecto metabólico de los antipsicóticos por lo que es importante implementar estas intervenciones desde el inicio del tratamiento.
- d. **Efectos anticolinérgicos:** Los efectos antimuscarínicos de varios antipsicóticos pueden causar boca seca, alteraciones del tránsito intestinal y alteraciones en la visión, llegando incluso a provocar en casos excepcionales retención urinaria. La Clozapina en particular podría causar sialorrea en los pacientes.
- e. **Efectos cardiovasculares:** probablemente el efecto cardiovascular más conocido sea el riesgo de prolongación del intervalo QT, que a su vez se traduce en riesgo de presentar arritmias. Es por esto que se recomienda la realización de un electrocardiograma siempre previo al inicio de antipsicóticos en pacientes con factores de riesgo conocidos, y la repetición de éste al alcanzar niveles terapéuticos del fármaco y en caso de ocurrencia de síntomas cardíacos. La Clozapina en particular, también ha sido asociada a casos de miocarditis y cardiomiopatía que ocurrirían preferentemente en las primeras semanas o meses de tratamiento, por un mecanismo no claramente elucidado.
- f. **Aumento de la prolactina:** la dopamina es un modulador a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, por lo que al actuar los antipsicóticos alterando los niveles de dopamina se produce un aumento de los niveles de prolactina secretados.

Ello clínicamente puede traducirse en ginecomastia, galactorrea, alteraciones menstruales, de la libido e infertilidad.

- g. **Síndrome neuroléptico maligno:** su etiología no es clara, pero los síntomas clásicos son fiebre, contractura muscular, alteración de conciencia e inestabilidad autonómica. Constituye una urgencia médica pues es una condición potencialmente fatal.
- h. **Hematológicos:** en particular Clozapina tiene riesgos de granulocitopenia, trombocitopenia y eosinofilia.
- i. **Otros:** hipotensión ortostática, convulsiones, alteraciones sexuales, sedación, entre otros.

En términos de eficiencia, al disminuir la posibilidad de aparición de efectos adversos extrapiramidales los atípicos propiciarían una mayor adherencia terapéutica y mejor calidad de vida. No obstante, se deben incluir en un screening inicial mediciones de *glucemia*, *colesterolemia* y *ECG* para cotejar con los obtenidos en el transcurso del tratamiento y evaluar la posible modificación de estos parámetros. La producción de un síndrome metabólico sería un costo posible de estas moléculas. Razones económicas y de accesibilidad pueden justificar el comienzo por medicación neuroléptica.

Durante el tratamiento con antipsicóticos, los prestadores de servicios de salud deben *comprobar* si se han desarrollado *efectos secundarios neurológicos* como rigidez muscular, temblor, espasmo muscular, o movimientos involuntarios anormales de lengua, boca y cara. Además, deben comprobar el *peso* y la *presión arterial*. Se recomienda también realizar otros seguimientos, como un *electrocardiograma* (obligatorio en algunos países para antipsicóticos específicos, por ejemplo, el haloperidol), *recuento sanguíneo completo*, *análisis de urea y electrolitos*, determinación de la *creatina cinasa* (CK), *pruebas de la función hepática*, *glucemia*, *patrón lipídico* y *prolactina*. Si no fuera factible hacer estas pruebas de laboratorio, los profesionales de la salud deben recordar realizar de *manera regular* un *examen médico*, incluyendo una historia médica reciente que pueda ayudar a *reconocer* los *síntomas indicativos* de la *aparición* de *trastornos cardiovasculares, renales o hepáticos*.

Clozapina sería considerada de mayor eficacia antipsicótica. Nunca ha sido droga de primera línea en los protocolos de abordaje psicofarmacológico por la probabilidad (1-3%) de producir severa y rápida caída de glóbulos blancos en el paciente, con riesgo para la vida. Como alternativa para pacientes no respondedores a los psicofármacos mencionados se indicaría terapia electroconvulsiva (TEC)

En muchos países, para el tratamiento con *clozapina* es obligatorio realizar un seguimiento que incluya un *recuento semanal sanguíneo completo durante las 18 primeras semanas*, al menos *cada 2 semanas durante el año siguiente*, y *cada mes posteriormente*. Si estos *análisis periódicos* no son factibles, no debe recetarse la *clozapina*.

Situaciones Clínicas y su relación con los Antipsicóticos

Hipotensión arterial	Clozapina > quetiapina > amisulpride > risperidona > paliperidona > olanzapina > ziprasidona = aripiprazol
Arritmias	Ziprasidona y en menor medida amisulpride prolongan el intervalo QT Los más seguros: haloperidol, risperidona, paliperidona, olanzapina y aripiprazol Risperidona en casos de fibrilación auricular puede incrementar la actividad trombogénica
Diabetes mellitus	Riesgo alto: olanzapina y clozapina Riesgo intermedio: risperidona y quetiapina Riesgo bajo: ziprasidona y aripiprazol
Dislipemia	Riesgo alto: clozapina, olanzapina y quetiapina Riesgo intermedio: risperidona y paliperidona Riesgo bajo o nulo: ziprasidona y aripiprazol
Obesidad	Clozapina > olanzapina > quetiapina > risperidona = paliperidona > amisulpride > aripiprazol > ziprasidona
Osteoporosis	Inducen hiperprolactinemia, con mayor riesgo de osteoporosis: risperidona y amisulpride Riesgo bajo: ziprasidona, quetiapina y aripiprazol
Insuficiencia renal	Insuficiencia renal moderada: disminuir al 50% la dosis de amisulpride Insuficiencia renal grave: disminuir al 50% la dosis de risperidona y paliperidona. No dar amisulpride Sin ajuste de dosis necesario: haloperidol, zuclopentixol, olanzapina, quetiapina y aripiprazol
Insuficiencia hepática	Sin ajuste de dosis en estadios A y B de Child: ziprasidona, amisulpride, aripiprazol, haloperidol y zuclopentixol

Fuente: López J, Agüera-Ortiz LF. Comorbilidad médica y criterios de uso de antipsicóticos en ancianos. En *Informaciones Psiquiátricas*, 2015 nº 220. Madrid, p.34.

2. Definición:

Un *efecto secundario* es cualquier evento diferente de la acción terapéutica buscada (efecto clínico) que puede o no ser razón de retiro de la terapia farmacológica. En muchos fármacos la dosis equivocada puede hacer que aparezcan efectos secundarios.

3. Objetivos:

- Ayudar al paciente y/o familiar a reconocer en sí mismo los efectos secundarios de los antipsicóticos.
- Ayudar al paciente y/o familiar a practicar los cuidados para prevenir o minimizar los efectos secundarios de los antipsicóticos.
- Ayudar al paciente y/o familiar a mantener informado al médico tratante acerca de los efectos secundarios que presenta.

4. Instrucciones para la Enfermera:

- Explique al paciente y/o familiar acerca de los efectos secundarios que podría tener según el antipsicótico (s) que le ha sido prescrito.
- Proporcione al paciente y/o familiar la Lista de efectos secundarios de los antipsicóticos y pedirle, marque los efectos secundarios que tiene actualmente (A) y los que tuvo en el pasado (P). Puede obtener la Lista de la *Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia*.
- Enseñe al paciente y/o familiar como llevar el registro de los efectos secundarios de los antipsicóticos para reportar al médico tratante.
- Informe acerca de los cuidados que puede hacer en casa el paciente y/o familiar para evitar o minimizar los efectos secundarios que presenta actualmente.

- e. Informe en qué situación asociada a la presencia de efectos secundarios buscar una atención por emergencia.
- f. Diga la importancia de no abandonar el tratamiento debido a los efectos secundarios, sin consultar previamente con el médico tratante.
- g. Exponga la importancia de no consumir sustancias tóxicas mientras esté recibiendo tratamiento con antipsicóticos u otros medicamentos.
- h. Advierta cuáles son los riesgos al tomar antipsicóticos por largo tiempo y las precauciones que debe tomar para prevenirlos.
- i. Manifieste que, solicite al médico tratante al menos una o dos veces al año, órdenes para exámenes de laboratorio: recuento sanguíneo completo, análisis de urea y electrolitos, determinación de la creatinina cinasa, pruebas de la función hepática, glucemia, patrón lipídico y prolactina.

5. Instrucciones para el paciente o familiar:

Obtenga una copia de este acápite y entregue ésta al paciente y/o familiar, luego de la instrucción que usted como enfermera haya instruido sobre el tema.

¿Qué son los efectos secundarios?

Los efectos secundarios son efectos diferentes a los efectos beneficiosos de un determinado medicamento. No se presentan en todas las personas, en algunas son tan leves que pasan inadvertidos y en otras suelen ser de intensidad moderada o severa llegando a dificultar a el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Los efectos secundarios:

- a. Aparecen principalmente al *inicio del tratamiento*
- b. *Desaparecen* a medida que el *tratamiento continúa*, en algunos casos *pueden persistir*
- c. Usualmente son *temporales*
- d. Generalmente *no son peligrosos*
- e. Muchos de ellos *pueden ser controlados*

¿Cómo informar a su médico acerca de los efectos secundarios que presenta?

- a. *Anote en una libreta los efectos secundarios que presenta por el antipsicótico (s) que recibe para informarle a su médico en la próxima consulta.*
- b. La anotación responderá a las siguientes preguntas:

- ¿Tiene molestias debido a la medicación?*
- ¿Qué tan intensas son sus molestias*
- ¿Cuándo aparecieron?*
- ¿Cuánto le duran?*
- ¿Cómo se le pasan?*
- ¿Estas molestias, dificultan sus actividades diarias?*

¿Cuáles son los efectos secundarios de los antipsicóticos?

EFFECTOS SECUNDARIOS	CUIDADOS A REALIZAR
Temblor de manos en reposo. Rigidez muscular, lentitud de movimientos, dificultad para hablar y la marcha (parecer un robot). Contracciones musculares involuntarias en boca, mandíbula, cara, cuello y espalda. Inquietud motora con necesidad imperiosa de estar en movimiento constantemente ("piernas inquietas"). "Ojos en blanco"	➤ Llevar un registro de los efectos secundarios. ➤ Informar al médico tratante. ➤ Tomar los medicamentos antiparkinsonianos, si le han sido prescritos por su médico. ➤ Si los efectos secundarios son intensos, acudir con su familiar a Emergencia. ➤ Tomar abundantes líquidos (1 ½ litro por día).
Exceso de saliva	➤ Llevar consigo pañuelos desechables ➤ Evitar escupir en el suelo ➤ Colocar un paño grueso sobre la almohada ➤ Tomar abundantes líquidos
Boca seca	➤ Lavar la boca más veces de lo habitual. ➤ Chupar caramelos ➤ Masticar chicles ➤ Colocar trocitos de hielo en la boca ➤ Lubricar los labios con mantequilla de cacao, glicerina, vaselina u otros
Somnolencia	➤ Informar a su médico ➤ Tomarse un baño con agua fresca ➤ Realizar alguna actividad en la que esté activo su cuerpo ➤ No conducir vehículos o maquinaria
Visión borrosa	➤ Espere que la visión se va a restablecer en unos días. ➤ Evite manejar o hacer algún trabajo que implique inseguridad
Mayor sensibilidad a los rayos solares	➤ No exponerse al sol ➤ Usar lentes para sol
Disminución de la presión arterial al cambio de postura	➤ Levantarse poco a poco: "estire" su cuerpo ("desperezarse"), siéntese y repose durante unos segundos, póngase de pie y échese a andar. ➤ Tomar bebidas calientes (no café ni té)
Náuseas, vómitos	➤ Fraccionar la dieta; en lugar de 3 comidas (D-A-C), tome 4 o 5 con menor ración de alimentos en cada una. ➤ Tomar abundantes líquidos (1 ½ litro por día)

EFECTOS SECUNDARIOS	CUIDADOS A REALIZAR
Aumento del apetito y aumento de peso	➤ Evitar el consumo de: gaseosas, dulces, pasteles, frituras, carnes rojas y grasas (rés, cerdo, cordero) ➤ Evitar tomar alimentos entre las comidas; si tiene hambre, tome agua. ➤ Practicar ejercicios físicos, deportes ➤ Controlar su peso periódicamente (cada mes)
Dificultad para orinar	➤ Estimular el acto de orinar, abriendo el caño y dejando correr el agua o dejando caer un chorro de agua en sus genitales (las "partes") ➤ Informar a su médico tratante.
Menstruación irregular Disminución del deseo sexual, disfunción eréctil u otras dificultades en la respuesta sexual. Aumento del tamaño de las mamas, dolor y secreción de leche.	➤ Llevar un registro de las menstruaciones en un calendario. ➤ Informar a su médico tratante.
Estreñimiento	➤ Formar hábito para defecar, sentándose en el inodoro durante 10 minutos por la mañana o la noche. ➤ Levantar los brazos mientras defeca para conseguir un mejor efecto. ➤ Tomar por las noches un preparado de linaza: remoje durante 12 horas (de la mañana a la noche) 6 cucharadas de linaza en 2 tazas de agua caliente y tome la linaza dividida en tres tomas y licuada con agua más piña, papaya, melón o sandía. ➤ Incluir en la dieta: frutas, verduras (espinacas, lechuga, col, apio), legumbres (arvejas, habas, vainitas), frutas secas (guindones, pasas, guindas, etc.); cereales integrales (trigo, cebada, avena, quinua, arroz) ➤ Tomar abundante líquido (1 ½ litro por día) ➤ Comer en ayunas 1 plátano con medio vaso de agua tibia o una manzana. ➤ Tomar diariamente 1 cucharada de salvado de trigo diluido en la leche, jugo de frutas, sopa o agua. ➤ Comer 2 o 3 yogur por día, si tiene estreñimiento crónico ➤ Hacer ejercicios físicos; caminatas de 3 Km. (30 cuadras) diariamente o al menos tres veces por semana. ➤ Evitar el uso de laxantes y enemas.

EFECTOS SECUNDARIOS	CUIDADOS A REALIZAR
Picazón, sequedad, erupciones y aumento en la coloración de la piel (este último, sólo con clorpromazina)	➤ Bañarse diariamente. ➤ Usar un jabón suave, por ejemplo, de glicerina. ➤ Aplicar crema en el cuerpo. ➤ Usar bloqueador solar con factor de protector solar 18 o más. Aplíquelo media hora antes de salir de casa y en las zonas de mayor exposición: cara, cuello, orejas, brazos, aun cuando no haya sol. ➤ Evitar exponerse al sol por un tiempo prolongado, especialmente entre las 10.00 de la mañana y las 4.00 de la tarde. ➤ Usar visera, sombrero de ala ancha o sombrilla cada vez que se exponga al sol.
Disminución en el recuento de glóbulos blancos, y por lo tanto aumento del riesgo a infecciones (sólo si recibe clozapina)	➤ Hacerse estrictamente los análisis de sangre indicados por su médico (semanalmente durante las primeras 18 semanas de tratamiento, y posteriormente una vez al mes). ➤ Alcanzar los resultados a su médico tratante. ➤ Consumir habitualmente alimentos ricos en vitamina C (papaya, naranja, piña, mandarina, fresa, tomate, entre otros)
Los antipsicóticos exponen a riesgos metabólicos: Aumento de peso, aumento de triglicéridos, aumento del colesterol, aumento de la glucosa en sangre lo que puede derivar en: obesidad, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular  <pre> graph TD A["ANTIPSICÓTICOS (Clasificación en función de alto/bajo riesgo metabólico)"] --> B["Bajo riesgo metabólico • Ziprasidona • Flufenazina • Haloperidol • Aripiprazol"] A --> C["Alto riesgo metabólico • Clozapina • Olanzapina • Tioridazina • Serindol • Risperidona • Quetiapina"] </pre>	➤ Prevenir el exceso de peso. ➤ Llevar una alimentación sana, de tipo mediterráneo, pobre en grasas animales y rica en frutas y verduras. ➤ Realizar actividad física habitual. ➤ Controlar el peso periódicamente, sobre todo si se sigue tratamiento con <i>clozapina</i> u <i>olanzapina</i>. ➤ Evitar el consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos. ➤ Reducción de la sal en la dieta. Utilice sal de Maras, de ser posible. ➤ Informar al médico tratante si hay sobrepeso u obesidad. ➤ Solicitar una IC con Nutrición para obtener un régimen de dieta hipocalórica ➤ Solicitar a su médico orden para análisis de laboratorio: glucosa en sangre, perfil lipídico, etc. ➤ Identificar síntomas básicos de hiperglucemia: Orina frecuente, sed, pérdida de peso.

6. Bibliografía

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia. Santiago: MINSAL, (2017). p. 49-51.

Albuquerque J. Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia. Lima, 2004.

Albuquerque F. Material educativo - Programa Psicoeducativo para Familiares de Personas con Esquizofrenia. Lima, 2015-2020

Herlyn S. Antipsicóticos. 2016

López J, Agüera-Ortiz LF. Comorbilidad médica y criterios de uso de antipsicóticos en ancianos. En Informaciones Psiquiátricas, 2015 n° 220. Madrid, p.34.

Organización Panamericana de la Salud "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud" Washington, D.C.: OPS, © 2010

BENEFICIOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS

1. Fundamentación

Los objetivos del tratamiento de la depresión mayor son: la minimización de los síntomas del episodio agudo, la recuperación de la capacidad funcional, la mejora de la calidad de vida, la prevención de recaídas y recurrencias y la disminución de la mortalidad. El riesgo de recurrencia de la depresión mayor es elevado. Así, se ha estimado que la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio de depresión después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres.

Los medicamentos esenciales para tratar los trastornos depresivos son los antidepresivos. Estos medicamentos no tratan necesariamente la causa de la depresión o la eliminan por completo. Sin ningún tratamiento, la mayoría de las depresiones mejoran en unos ocho meses. Si el paciente ha tenido dos o más episodios de depresión después de recibir tratamiento deben continuarlo durante al menos dos años. Si deja la medicación antes de ocho o nueve meses, los síntomas son más propensos a volver. Lo más recomendable es tomar antidepresivos durante al menos seis meses adicionales desde que haya comenzado a sentirse mejor. Durante este tiempo, vale la pena pensar en lo que puede haber desencadenado la depresión y las formas de evitar que vuelva a ocurrir.

Los estudios apuntan a que, tras tres meses de tratamiento con antidepresivos, alrededor del 50-65% de las personas con depresión severa habrán mejorado mucho en comparación con el 25-30% de los pacientes a los que se les da placebo.

Según la actualización de la Guía del NICE, en la evaluación de la respuesta terapéutica se establece la siguiente pauta: Si no hay respuesta en 2-4 semanas se recomienda revisar el diagnóstico, verificar el cumplimiento del tratamiento, confirmar que el antidepresivo se está administrando a la dosis adecuada y durante el período de tiempo idóneo. Si, una vez verificado lo anterior, tras 3-4 semanas de tratamiento a dosis terapéuticas, la respuesta es mínima o no hay respuesta, considerar un aumento de la dosis o el cambio a otro antidepresivo, ya sea un ISRS diferente (primera opción) o un antidepresivo de segunda generación de otra clase que pudiera tolerarse mejor. Si a las 4 semanas hay mejoría, continuar el tratamiento.

El tratamiento con antidepresivos se debe continuar durante al menos 6 meses tras la remisión (es decir, tras lograr la recuperación de la capacidad funcional y la ausencia de síntomas) y, en ese momento, valorar la necesidad de prolongarlo, teniendo en cuenta factores como el número de episodios previos, la comorbilidad y la presencia de síntomas residuales, que podrían favorecer la aparición de recaídas o recurrencias.

En general, no se puede afirmar que un antidepresivo concreto sea más eficaz que los demás. Además, de mejorar los síntomas en la fase aguda, los antidepresivos han mostrado ser eficaces en la prevención de recaídas. En la actualidad, no se puede concluir que un antidepresivo concreto sea, en general, más eficaz que otro en la prevención de recaídas.

El perfil de seguridad de los diferentes antidepresivos de segunda generación es similar, pero existe variabilidad en la incidencia de cada una de las reacciones adversas. Se han descrito más abandonos por reacciones adversas para ATC, duloxetina y venlafaxina en comparación con los ISRS.

Dado que la eficacia es similar, la elección del fármaco debe realizarse según las características del paciente (comorbilidad con patologías médicas y/o psiquiátricas, historia previa de buena respuesta a un antidepresivo concreto, tolerabilidad de determinados efectos adversos), el perfil de seguridad del antidepresivo (incidencia de reacciones adversas, potencial para producir interacciones, toxicidad en sobredosis) y su coste.

La suspensión brusca del tratamiento antidepresivo puede asociarse con la aparición de distintos síntomas que constituyen el síndrome de retirada. Estos incluyen molestias estomacales, síntomas parecidos a los de la gripe, ansiedad, mareos, sueños vívidos de noche o sensaciones como descargas eléctricas. En la mayoría, estos síntomas son leves y se resuelven solos, pero

en un pequeño número de personas pueden ser muy graves y precisar la re administración del antidepresivo o de otro de mayor vida media y su posterior suspensión. En general, la suspensión del tratamiento antidepresivo debe efectuarse de forma gradual para minimizar el riesgo de síndrome de retirada. Habitualmente se recomienda realizarla en un periodo de 2-4 semanas.

El síndrome de retirada puede ocurrir al suspender el medicamento, pero también al reducir las dosis o ante el olvido de dosis. El riesgo de síndrome de retirada aumenta en las siguientes situaciones:

- a. Con antidepresivos de vida media corta como *paroxetina* y *venlafaxina*
- b. En pacientes que no toman el antidepresivo de forma regular y suelen olvidar algunas dosis. Cuando el tratamiento se ha mantenido durante más de 6-8 semanas
- c. En pacientes que toman otros fármacos de acción central.
- d. En pacientes que desarrollan síntomas de ansiedad al iniciar el tratamiento antidepresivo.
- e. En niños y adolescentes.
- f. En pacientes que ya han experimentado síntomas de retirada

Los prestadores de servicios de salud deben tener presente que los antidepresivos pueden inducir o empeorar las ideas e intentos de suicidio en las primeras semanas del tratamiento. Pueden producir un estado disfórico caracterizado por la desinhibición física y la aparición de acatisia, ansiedad, irritabilidad, hostilidad e impulsividad. Esto unido al riesgo de suicidio asociado a la propia enfermedad, puede traducirse en un incremento de las ideas o de los comportamientos relacionados con el suicidio. Si estos síntomas son intensos o prolongados, de inicio brusco o no están relacionados con la sintomatología inicial, puede ser necesario suspender el antidepresivo. En pacientes jóvenes y en aquellos con elevado riesgo de suicidio es especialmente importante, Intensificar el seguimiento en las primeras semanas de tratamiento.

2. Definición:

Los antidepresivos son los principales medicamentos para tratar la depresión mayor moderada-grave. Son fármacos que actúan sobre los neurotransmisores: la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, sustancias pertenecientes a la categoría de las monoaminas. Los antidepresivos usualmente aumentan uno o más de estos tres neurotransmisores por medio de tres mecanismos:

- a. Inhibiendo la recaptación de los neurotransmisores
- b. Aumentando la liberación de los neurotransmisores (noradrenalina y serotonina), como en el caso de la mirtazapina.
- c. Inhibiendo la destrucción de neurotransmisores, como ocurre con los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs). La monoamino-oxidasa es una enzima que degrada a la serotonina, la noradrenalina y la dopamina; al disminuir su actividad, los neurotransmisores aumentan.

Los antidepresivos se pueden utilizar para tratar:

- a. Depresión de moderada a severa (no depresión leve)
- b. Ansiedad severa y ataques de pánico
- c. Trastorno obsesivo compulsivo
- d. Trastornos de la conducta alimentaria
- e. Trastorno de estrés postraumático
- f. Dolor crónico

Los antidepresivos deben ser eficaces, eficientes y efectivos para conseguir la remisión completa del episodio depresivo en las 12 primeras semanas.

3. Objetivos:

- a. Fomentar en el paciente adulto o adulto mayor y/o familiar la identificación de los beneficios de los antidepresivos.

- b. Promover que el paciente adulto o adulto mayor y/o familiar reconozca en sí mismo qué beneficios ha logrado con los antidepresivos prescritos.
- c. Ayudar al paciente adulto o adulto mayor y/o familiar a valorar los medicamentos antidepresivos como un factor indispensable para lograr la recuperación del trastorno depresivo y prevenir nuevos episodios.

4. Instrucciones para la Enfermera:

- a. Revise, entre otros las Órdenes Médicas en la historia clínica para tomar conocimiento del antidepresivo (s) que le ha sido prescrito
- b. Tenga en cuenta que la enfermera/a consejera/o tiene el deber de informar al paciente y/o familiar:
 - los objetivos terapéuticos
 - de que los antidepresivos tardan unas semanas en comenzar a hacer efecto
 - de que la mejoría será gradual
 - de que puede ser necesario mantener el tratamiento a largo plazo
 - de los posibles efectos secundarios (*no tomar en cuenta para esta Consejería*)
 - de que deben seguir la pauta de prescripción y de los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento antidepresivo
 - de que los antidepresivos no producen adicción
- c. Proporcione al paciente adulto o adulto mayor y/o familiar una copia de las Instrucciones para el paciente e indicarle que puede seguir la lectura mientras usted le explica
- d. Explique que los medicamentos antidepresivos son la base del tratamiento de la depresión y otros trastornos (cite cuáles)
- e. Informe para qué necesita tomar los antidepresivos o en qué podría beneficiarse
- f. Informe el tipo de antidepresivo (s) que le ha sido prescrito
- g. Informe las ventajas del antidepresivo (s) que le ha sido prescrito
- h. Informe qué síntomas mejorarán si toma los antidepresivos
- i. Advierta que requiere aprender el nombre genérico (nombre del principio activo) del antidepresivo (s) que le ha sido prescrito
- j. Informe cuánto tiempo tardará en hacerle efecto
- k. Advierta los riesgos a los que se expone si deja de tomar los antidepresivos sin consultar con su médico
- l. Manifieste la necesidad de tomar los antidepresivos en forma continua y regular, evitando suprimirlos, aun cuando ya no tenga síntomas. Poner como ejemplo, las personas con diabetes o hipertensión, requieren tomar la medicación y ser controlado por su médico.
- m. Informe que es conveniente respetar los horarios para tomar su medicación
- n. Exprese que el tratamiento es prolongado (al menos dos años y en algunos casos de por vida), y bajo ninguna circunstancia debe ser suspendido; su interrupción es la principal causa de recaídas y recurrencias, así como síndrome de retirada o efecto de rebote.
- o. Advierta que los antidepresivos no producen adicción aun cuando los tome de por vida.

4. Instrucciones para el paciente o familiar:

¿Cuáles son los beneficios de los antidepresivos?

Los antidepresivos, son útiles para:

- a. **Corregir el desequilibrio de las sustancias químicas del cerebro** producido por la depresión, lo que resulta en la reducción progresiva de los síntomas.
- b. **Conseguir la estabilidad clínica (quitar totalmente los síntomas o disminuirlos significativamente)**

- c. **Reducir el riesgo de nuevos episodios de depresión.**
- d. **Conseguir que la persona recupere su funcionalidad, es decir, sus habilidades para desempeñarse adecuadamente en su medio laboral, académico, familiar y social.**

¿Cuánto tiempo tardan en hacer efecto los antidepresivos?

Los antidepresivos no actúan de inmediato. La mayoría de las personas comienzan a notar mejoría a las 3 o 4 semanas tras el inicio del tratamiento y tal vez pueden llegar a tardar hasta 6 semanas para ver todos sus beneficios.

¿Cuáles son los tipos de antidepresivos?

- 1. ACT : Tricíclicos
- 2. ISRSs : Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
- 3. IRSNs : Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
- 4. IMAOs : Inhibidores de la monoaminooxidasa

¿Cuáles son los antidepresivos de uso más frecuente?

1. Antidepresivos Tricíclicos:

- Clomipramina
- Amitriptilina

2. Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

- Sertralina
- Paroxetina
- Escitalopram
- Fluoxetina
- Citalopram
- Fluvoxamina

3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina:

- Venlafaxina
- Desvenlafaxina
- Duloxetina
- Mirtazapina
- Bupropion

4. Inhibidores de la monoaminooxidasa:

- Fenelzina
- Moclobemida

6. Bibliografía

Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; abril 2015. 34 p. (Criterios; N° 2). Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017808.pdf>

Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Editor: Dr Philip Timms. Actualizado: marzo 2007. Traducido en noviembre 2009 por la Dra. Carmen Pinto.

Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. Criterios para la utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; agosto 2011. 24 p. (Criterios; N° 2).

Vega J. Depresión un enfoque general para los profesionales de la salud. Lima; Fondo Editorial UPCH, 2018.

Organización Panamericana de la Salud "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud" Washington, D.C.: OPS, © 2010

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS

1. Fundamentación

Entre los efectos secundarios de los antidepresivos se han descrito los siguientes:

TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS	EFFECTOS SECUNDARIOS
Tricíclicos: ○ Clomipramina ○ Amitriptilina	Sedación Efectos anticolinérgicos: ▪ Sequedad de boca ▪ Visión borrosa ▪ Estreñimiento ▪ Retención urinaria ▪ Agitación ▪ Confusión Efectos cardiovasculares: ▪ Hipotensión ortostática ▪ Taquicardia ▪ Arritmias ▪ Prolongar el intervalo QT Aumento de peso Riesgo de disminución de la masa ósea (fracturas) Hipertrofia prostática Glaucoma de ángulo cerrado Riesgo de diabetes Clomipramina: Alto riesgo de disfunción sexual (disminución de la libido, problemas para llegar al orgasmo)
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ○ Sertralina ○ Paroxetina ○ Escitalopram ○ Fluoxetina ○ Citalopram ○ Fluvoxamina	Activación Agitación Temblor Mareos Insomnio Náuseas Diarrea Problemas sexuales

	Cefalea Hiponatremia Pérdida de peso Erupción cutánea Riesgo de disminución de la masa ósea (fracturas)
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina ○ Venlafaxina ○ Desvenlafaxina ○ Duloxetina ○ Mirtazapina ○ Bupropion	Venlafaxina: Náuseas Cefalea Insomnio Somnolencia Sequedad de la boca Aumento de la presión arterial con dosis altas Sudoración Riesgo de diabetes Desvenlafaxina: Mareos Insomnio Sudoración excesiva Aumento de la presión arterial Hipercolesterolemia Duloxetina Cefalea Somnolencia Fatiga Náuseas Sequedad de la boca Dolor abdominal Aumento de la presión arterial
Inhibidores de la Monoaminoxidasa: ○ Feneizina ○ Moclobemida	Fenelzina: Edema Hipotensión al cambio de postura Cefalea Insomnio Picazón Disfunción sexual Toxicidad hepática

Por regla general, los prestadores de servicios de salud no deben recetar dos antidepresivos simultáneamente. Entre los riesgos posibles está la aparición del **síndrome de la serotonina** (agitación, sudoración profusa, temblor, escalofríos, mioclonía, confusión, convulsiones).

La **hiponatremia** es un efecto secundario raro de los antidepresivos, pero potencialmente grave. Los prestadores de servicios de salud pueden detectar que se trata de una hiponatremia si los pacientes presentan letargia, confusión, náuseas, calambres musculares y crisis convulsivas. Si se produce hiponatremia, se retirará el antidepresivo de inmediato.

En caso de arritmias, cardiopatía isquémica u otros problemas graves cardíacos, habrá que realizar un electrocardiograma antes de iniciar el tratamiento. Si el electrocardiograma no fuera factible, los prestadores de servicios de salud optarán por no recetar los tricíclicos.

Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta que el potencial arritmogénico de los tricíclicos está relacionado con la dosis.

Los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina** pueden aumentar el riesgo de hemorragia digestiva en los adultos mayores. Por lo tanto, estos fármacos deben ser prescritos con precaución a los adultos mayores que toman simultáneamente medicamentos que pueden causar trastornos hemorrágicos (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos).

En el caso de los **adultos mayores**, los prestadores de servicios de salud deben recetar dosis iniciales reducidas de tricíclicos y dosis finales más bajas. La dosis eficaz de la Fluoxetina y otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en los adultos mayores quizá sea similar a la de los adultos más jóvenes.

Los antidepresivos se metabolizan en el hígado, de manera que en los pacientes con hepatopatías se debe recetar una dosis inicial inferior y los incrementos en la posología se deben realizar a intervalos más largos.

Los prestadores de servicios de salud deben evitar la prescripción de antidepresivos a las **embarazadas**. No obstante, si la depresión de la futura madre es un motivo importante de preocupación, puede entonces recetarse un antidepresivo. Los datos probatorios actuales indican que no hay un aumento del riesgo de malformaciones en el caso de mujeres expuestas a la Fluoxetina ni pruebas científicas de que se produzca teratogenicidad. De manera análoga, no hay pruebas convincentes de que los tricíclicos sean teratogénicos en el primer trimestre, pero prácticamente casi no hay estudios oficiales. En algunos recién nacidos se han observado efectos de rebote.

Aunque menos del 10% de la dosis terapéutica adulta de los antidepresivos se excreta en la leche materna, estos fármacos deben usarse con precaución en las mujeres que amamantan.

2. Definición:

El uso de antidepresivos y en general cualquier medicamento puede provocar efectos secundarios. Sin embargo, cuando son utilizados con una indicación apropiada y bajo estricta vigilancia médica, éstos pueden ser controlados.

Los efectos secundarios suelen disminuir con el transcurso del tiempo, a excepción del aumento de peso y la disfunción sexual, los cuales pueden persistir más que los otros efectos secundarios.

Los antidepresivos **tricíclicos** se asocian a un mayor número de efectos adversos que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pero la diferencia es pequeña y de importancia clínica incierta.

3. Objetivos:

- Ayudar al paciente a reconocer los efectos secundarios relacionados con el antidepresivo que tiene prescrito.
- Fomentar que el paciente informe los efectos secundarios al médico tratante
- Fomentar que el paciente practique los cuidados para prevenir o minimizar los efectos secundarios del antidepresivo que toma.
- Evitar que el paciente descontinúe el tratamiento farmacológico asociado a los efectos secundarios.

4. Instrucciones para la Enfermera

- Explique los efectos secundarios del antidepresivo que tiene prescrito.
- Elabore una lista de chequeo sobre los efectos secundarios de los antidepresivos y pida al paciente marque los efectos secundarios que presenta.
- Describa la importancia de reportar al médico tratante los efectos secundarios que presenta.
- Explique los cuidados para evitar o minimizar los efectos secundarios que presenta.
- Explique cuándo buscar una atención por emergencia asociada a la presencia de efectos secundarios.
- Explique la importancia de no abandonar el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios, sin consultar previamente con el médico tratante.
- Explique la importancia de no consumir sustancias tóxicas mientras se está en tratamiento con antidepresivos u otros medicamentos.
- Entregue al paciente la Lista de chequeo de los efectos secundarios de los antidepresivos y las instrucciones descritas para el paciente y/o familiar.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Cuáles son los efectos secundarios de los antidepresivos?

Todos los medicamentos tienen efectos secundarios. Varían dependiendo del organismo de la persona, del tipo de antidepresivo y de la dosis. Pueden **desaparecer en pocos días o semanas** y **ser leves**; otros son **más duraderos** y de **mayor intensidad**. Es **importante que comunique a su médico la aparición de los mismos**, en ocasiones **pueden eliminarse o disminuirse**.

Actualmente se cuenta con **antidepresivos** cada vez **más seguros** y con **menos efectos secundarios**, siempre y cuando sean **utilizados** bajo **estricta supervisión médica** y **se tomen correctamente**.

No se desanime si tiene efectos secundarios. Muchos de ellos desaparecen en pocos días. No deje de tomarlos a menos que sean realmente desagradables, Si es así, consulte con su médico tratante; si se siente peor consulte en Emergencia.

¡Persevere! El abandono temprano de la medicación es la causa más frecuente de la no mejoría o de recaída de depresión.

¿Qué cuidados puede hacer usted para disminuir los efectos secundarios del antidepresivo que toma?

EFFECTOS SECUNDARIOS	CUIDADOS A REALIZAR
Mareos, somnolencia, sentirse cansado, debilidad	○ Informe a su médico ○ Tome un baño con agua fresca. Evite baños o duchas excesivamente calientes ○ Levántese lentamente cuando esté sentado o acostado ○ No conduzca vehículos o maquinaria ○ Evite tomar alcohol
Sudoración excesiva, sentirse tembloroso o ansioso	○ Informe al médico tratante ○ Tome el medicamento corrector si le ha sido indicado ○ Báñese con frecuencia ○ Utilice ropa de algodón
Hipersensibilidad al sol	○ Báñese diariamente ○ Use un jabón suave, por ejemplo, de glicerina, avena ○ Aplique crema en el cuerpo
Hipersensibilidad al sol	○ Use bloqueador solar con factor de protector solar 18 o más. Aplíquelo media hora antes de salir de casa y en las zonas de mayor exposición: cara, cuello, orejas, brazos, aun cuando no haya sol. ○ Evite exponerse al sol por un tiempo prolongado, especialmente entre las 10.00 de la mañana y las 4.00 de la tarde. ○ Use visera, sombrero de ala ancha o sombrilla, lentes de sol, camiseta cada vez que se exponga al sol
Problemas para dormir (insomnio)	○ Evite hacer siestas ○ Evite el consumo de café, té, bebidas energizantes, especialmente a partir de las 6.00p.m. ○ Evite hacer ejercicio físico dentro de las 4 horas antes de acostarse ○ Evite tomar medicamentos para dormir si no le han sido indicados ○ Cree un ambiente adecuado para dormir ○ Retire del dormitorio todo equipo electrónico

EFFECTOS SECUNDARIOS	CUIDADOS A REALIZAR
Mayor apetito, aumento de peso	○ Evite el consumo de: gaseosas, dulces, pasteles, frituras y otras grasas, carnes rojas (res, cerdo, cordero) ○ Evite tomar alimentos entre las comidas; si tiene hambre, tome agua o ingiera fruta ○ Practique ejercicios físicos, deportes ○ Controle su peso periódicamente (cada mes), lleve un registro e informe a su médico
Sequedad de boca	○ Asegure tomar regularmente líquidos (1 ½ litro por día) ○ Utilice chicles, caramelos y gomas sin azúcar ○ Lave la boca más veces de lo habitual ○ Coloque trocitos de hielo en la boca ○ Lubrique los labios con mantequilla de cacao, glicerina, vaselina u otros ○ Reduzca el alcohol y la cafeína, (ambos aumentan la pérdida de agua)
Pérdida del apetito; náuseas	○ Fraccione la dieta; en lugar de 3 comidas (D-A-C), tome 4 o 5 con menor ración de alimentos en cada una ○ Tome abundantes líquidos (1 ½ litro por día) ○ Ingiera comidas de su preferencia ○ Tome la medicación con las comidas
Estreñimiento	○ Forme el hábito para defecar, sentándose en el inodoro durante 10 minutos por la mañana o la noche. ○ Tome un preparado de linaza: remoje durante 12 horas (de la mañana a la noche) 6 cucharadas de linaza en 2 tazas de agua caliente y tome la linaza dividida en tres tomas licuadas con piña, papaya, melón o sandía. ○ Incluya en la dieta: frutas, verduras (espinacas, lechuga, col, apio), legumbres (arvejas, habas, vainitas), frutas secas (guindones, pasas, guindas, etc.); cereales integrales (trigo, cebada, avena, quinua, arroz). ○ Tome abundante líquido (1 ½ litro por día) ○ Coma 2 o 3 yogur por día, si tiene estreñimiento crónico ○ Haga ejercicio físico, por ejemplo, camine 3 Km. (30 cuadras) diariamente o al menos tres veces por semana ○ Evite el uso de laxantes y enemas

EFFECTOS SECUNDARIOS	CUIDADOS A REALIZAR
Daño del hígado	○ Solicite a su médico le dé orden de laboratorio para evaluar el funcionamiento del hígado ○ Evite el consumo de frituras y condimentos
Pérdida del deseo o la función sexual, (disfunción eréctil o dificultad para tener un orgasmo)	○ Si tiene una pareja estable, informe a su médico tratante la posibilidad de cambiar por otro antidepresivo
Disminución de la presión arterial al cambio de postura	○ Levántese progresivamente: "estire" su cuerpo ("desperezarse"), siéntese y repose durante unos segundos, póngase de pie y échese a andar ○ Tome alguna bebida caliente (no café, ni té) ○ Controle la presión arterial periódicamente
Aumento de la frecuencia cardíaca	○ Informe al médico ○ Esté atento a cualquier alteración en la frecuencia cardíaca
Visión borrosa	○ Espere que la visión se va a restablecer en unos días. ○ Evite manejar o hacer algún trabajo que implique inseguridad
Retención de la orina	○ Estimule el acto de orinar, abriendo el caño y dejando correr el agua o dejando caer un chorro de agua en sus genitales (las "partes") ○ Informe a su médico tratante
Hinchazón de los pies	○ Informe al médico ○ Eleve diariamente los pies por espacio de 15 minutos por encima de la línea del corazón, al menos una vez al día
Disminución de las funciones mentales (memoria, atención, concentración, comprensión, entre otras)	○ Estimule las funciones cognitivas resolviendo crucigramas, Sudokus, sopa de letras, entre otros
Aumento del colesterol	○ Solicite a su médico periódicamente le dé orden de laboratorio para controlar los niveles de colesterol en su organismo ○ Evite comer alimentos ricos en grasa y azúcares (frituras, harinas, pasteles, bebidas gaseosas, entre otros) ○ Practique habitualmente ejercicio físico

6. Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud "Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud" Washington, D.C.: OPS, © 2010

Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; abril 2015. 34 p. (Criterios; N° 2). Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017808.pdf>

Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. Criterios para la utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; agosto 2011. 24 p. (Criterios; N° 2).

Vega J. Depresión un enfoque general para los profesionales de la salud. Lima; Fondo Editorial UPCH, 2018.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO

1. Fundamentación

Comparativamente con la población general, la salud física de las personas con enfermedades mentales graves (EMG), como la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar, es peor y su esperanza de vida, menor. Se ha constatado que la tasa de mortalidad de estos pacientes es 2-3 veces mayor que la de la población general y esta diferencia en la mortalidad se ha incrementado en las últimas décadas. La mayor mortalidad no se debe únicamente al suicidio; las personas con enfermedad mental grave presentan un riesgo sustancial de morir por enfermedad cardiovascular (ECV) y una probabilidad superior de presentar sobrepeso, fumar y sufrir diabetes, hipertensión y dislipidemia. La medicación antipsicótica puede inducir el aumento de peso e incrementar el riesgo de efectos metabólicos adversos, lo que resulta en una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares. En pacientes con trastorno bipolar, antecedentes de depresión y/o que toman fármacos para tratar la depresión también se está comenzando a observar un incremento de factores de riesgo cardiovascular modificables; sin embargo, hasta la fecha, la base de datos referente a los riesgos de los fármacos empleados para tratar la depresión unipolar o bipolar, como antidepresivos o estabilizadores del humor, no es tan amplia como la de los fármacos antipsicóticos.

Probablemente, el perfil de riesgo adverso de las personas con enfermedad mental grave esté incluido por un estilo de vida poco sano, como una mala dieta o el sedentarismo; pero, debido a que algunos antipsicóticos de segunda generación están asociados al aumento de peso y a otras alteraciones metabólicas, es difícil elucidar el grado de contribución de las enfermedades psiquiátricas, por sí mismas, en el incremento del riesgo cardiovascular.

Los antipsicóticos atípicos o de segunda generación han demostrado ser una importante herramienta terapéutica, con efectos significativos en la disminución de los síntomas negativos de la esquizofrenia y menor incidencia de efectos extrapiramidales e hiperprolactinemia si son comparados con los antipsicóticos de primera generación. Sin embargo, hay evidencia que algunos de ellos aumentan el riesgo de un incremento de peso significativo, resistencia a la insulina (conocida como la disminución de la función biológica de la insulina caracterizada por requerir un alto nivel de insulina plasmática para mantener la homeostasis metabólica), hiperglucemia, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipidemia, lo que podría reducir la expectativa de vida en pacientes que necesiten estos fármacos.

Clark (Tabla 2) concluye que clozapina y olanzapina tienen los efectos metabólicos más marcados en cuanto a incremento de peso y riesgo de DM, risperidona y quetiapina intermedio, en tanto que los menores efectos metabólicos los tienen ziprasidona y aripiprazol.

A continuación, se presenta la Tabla 2 referida a las Alteraciones metabólicas con los antipsicóticos de segunda generación donde puede apreciarse el nivel de riesgo de cada antipsicótico de esta clase.

Tabla 2. Alteraciones metabólicas con nuevos antipsicóticos

Fármaco	Aumento de peso	Riesgo de diabetes mellitus	Riesgo de dislipidemia
Clozapina	+++	+	+
Olanzapina	+++	+	+
Risperidona	++	D	D
Quetiapina	++	D	D
Aripiprazol	+/-	-	-
Ziprasidona	+/-	-	-

(+) = aumento, (-) = sin efecto, (D) = resultados discrepantes.

Adaptado con permiso de "Conferencia de consenso sobre antipsicóticos, obesidad y diabetes"
Diabetes Care 2004, 27: 597

Se han analizado datos de acuerdo con la edad de los pacientes y se han comparado con los de la población general. En el intervalo de 15-25 años de edad, la diabetes es 5 veces más frecuente entre los pacientes con esquizofrenia que en la población general. Con la edad, la diferencia absoluta entre pacientes y población general aumenta de forma dramática y lineal, que pasa de un 1,6% en el intervalo de 15-25 años de edad a un 19,2% en la de mayor edad. Entre los pacientes esquizofrénicos, la prevalencia de diabetes por grupo de edad es 4-5 veces mayor que la de la población general. Así pues, continuas constataciones apoyan la hipótesis de que las alteraciones metabólicas son inherentes a la enfermedad esquizofrénica, con la contribución de factores socioeconómicos y, posiblemente, de factores genéticos o biológicos subyacentes. Asimismo, parece existir un efecto directo de la enfermedad y/o la medicación antipsicótica en la progresiva aparición de factores de riesgo cardiometabólicos.

La aparición de aumento de peso, resistencia a la insulina, hiperglucemia, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia forman parte de lo que se ha denominado Síndrome Metabólico (SM), Síndrome de resistencia a la insulina o Síndrome X, una entidad que se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, pues ha demostrado aumentar en 3 veces la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en la población general. Debido a que se ha encontrado una mayor presencia de SM en pacientes con esquizofrenia que aún no habían iniciado tratamiento en comparación con la población general existe todavía el debate de la génesis del trastorno metabólico en relación a la posibilidad que pueda haber un sustrato común entre el SM y la esquizofrenia, que la psicosis predisponga a una alteración endocrina por un mecanismo no conocido, una acción de los antipsicóticos de segunda generación sobre el metabolismo, o simplemente porque los pacientes haya tenido un estilo de vida no saludable antes de presentar la psicosis.

Frecuentemente, el SM se asocia con una gran variedad de condiciones médicas como: hígado graso, colelitiasis, apnea obstructiva del sueño, artritis gotosa, síndrome depresivo, lipodistrofias, y síndrome de ovario poliquístico. Soca (2009) señala que las personas afectadas por el SM y por la deficiencia de insulina son propensas a sufrir aterosclerosis, enfermedades cardiovasculares, y diabetes.

La etiología exacta del SM permanece poco clara, sin embargo, se sabe que se debe a una compleja interacción entre factores genéticos, metabólicos y ambientales. La patogénesis del SM tiene múltiples orígenes, pero la obesidad y el estilo de vida sedentario, combinados con una dieta desequilibrada y los factores genéticos, interactúan claramente para producirlo.

El Diagnóstico del Síndrome Metabólico se hace en base a los componentes señalados en la siguiente tabla:

TABLA 1: DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO

COMPONENTE	PUNTO DE CORTE
Obesidad Abdominal*	>102 cm (hombre) > 88 cm (mujer)
Triglicéridos elevados**	≥ 150 mg/dL
HDL bajo**	< 40 mg/dL (hombre) < 50 mg/dL (mujer)
Presión Arterial elevada**	Sistólica ≥ 130 y/o Diastólica ≥ 85 mmHg
Glicemia de ayunas elevada**	≥ 100 mg/dL
Se requieren tres de los cinco componentes para hacer el diagnóstico.	

HDL = lipoproteína de alta densidad

* = el punto de corte es específico para cada país y población. Las cifras presentadas son las aceptadas en Chile

** = el empleo de fármacos específicos para cada una de estas condiciones, aún cuando sus niveles se encuentren fuera del punto de corte, se considera un indicador alternativo

Adaptado de Alberti et al, *Circulation* 2009; 120: 1640-1645.

Hay dos posibles enfoques terapéuticos para el SM. Una estrategia es identificar cada factor de riesgo por separado y tratar a cada factor sin relación con su agrupamiento con otros factores de riesgo. La estrategia alternativa es enfocarse en todos o en múltiples factores de riesgo con terapias únicas.

Entre los factores ambientales, los hábitos dietéticos son el pilar para la prevención y tratamiento del síndrome metabólico. La mayor parte de las recomendaciones involucran el reducir la obesidad, incrementar la actividad física, consumir una dieta antiaterogénica y una dieta baja en grasas.

A pesar de la alta prevalencia de alteraciones metabólicas y enfermedad cardiovascular entre los pacientes con esquizofrenia, los estudios muestran que la mayoría de estos pacientes no está recibiendo una adecuada atención médica en la prevención y manejo de dichos trastornos. La recomendación para el psiquiatra y otros médicos relacionados con los servicios de salud mental es de que todo paciente que reciba terapia con antipsicóticos atípicos debe obtenerse datos basales del paciente y luego ser cuidadosamente monitorizado a lo largo del tratamiento.

El IMC es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Es igual al peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m^2). La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Son cuatro los parámetros que deben registrarse en estos pacientes en relación al SM: Tensión Arterial, Peso-IMC, Glicemia y Perfil lipídico (colesterol-total, colesterol-LDL, colesterol-HDL y triglicéridos)

Tabla 3
Evaluación de parámetros clínicos y de laboratorio (42)

Variables	Basal	Seguimiento
Signos vitales	Frecuencia cardíaca y tensión arterial	A los 6, 12, 18 y 24 meses
Peso	Peso e IMC	A los 6, 12, 18 y 24 meses.
Glicemia, Lípidos	Búsqueda de factores de riesgo para DM, glicemia en ayunas. Perfil lipídico	A los 12 y 24 meses. Excepto si: - Glucemia > 125 mg/dL, repetir en la siguiente visita - Cambio de tratamiento antipsicótico, repetir a las 10 semanas y a los 6 meses - Repetir si hay incremento de peso > 5%

IMC: índice de masa corporal, DM: diabetes mellitus, Hemoglobina A1c: hemoglobina glicosilada

Se sugiere también una derivación precoz para educación y motivación en relación a hábitos nutricionales y aumento de actividad física.

La evidencia sugiere que la dieta más ejercicio es altamente recomendable para el manejo de la obesidad y sobrepeso a largo plazo. Además, de que se sugiere una superioridad moderada de la dieta sobre el ejercicio con respecto a los resultados antropométricos. Las intervenciones conductuales son la mejor opción para prevenir el SM, en la relación riesgo beneficio parece más favorable que las intervenciones farmacológicas.

Existe en el equipo de salud una visión predeterminada negativa en relación a la capacidad que estos pacientes tienen de adoptar estilos de alimentación saludable y actividad física regular, sin embargo, hay publicaciones que muestran que sujetos esquizofrénicos son capaces de modificar estos hábitos, logrando resultados positivos en baja de peso y corrección de parámetros metabólicos.

En cuanto al manejo farmacológico se propone que, en aquellos pacientes que desarrollen sobrepeso y obesidad, se evalúe el cambio de antipsicóticos como clozapina y olanzapina a otros con menor efecto sobre el peso y alteraciones metabólicas, siempre que las condiciones psiquiátricas del paciente lo permitan, recomendándose preferentemente el uso de ziprasidona y aripiprazol. En el caso de un episodio grave o una psicosis resistente al tratamiento, es mejor optimizar los fármacos eficaces en este paciente dejando en un segundo plano el riesgo metabólico, pues la psicosis grave afecta en mayor medida el funcionamiento individual, familiar y social que la aparición de SM.

2. Definición

El Síndrome Metabólico (SM) se puede definir como la conjunción de factores de riesgo de naturaleza metabólica o hemodinámica asociados a la resistencia a la insulina (RI), los cuales son: obesidad abdominal, presión arterial elevada, dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridemia, disminución del colesterol-HDL y aumento del colesterol-LDL), intolerancia a la glucosa, estado protrombótico (elevación en sangre del fibrinógeno o inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1) y estado proinflamatorio (elevación en sangre de la proteína C reactiva). La suma de estos factores incrementa 2 a 5 veces el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) incluyendo enfermedad coronaria y cerebro vascular en tres veces.

Es así que, el diagnóstico temprano y oportuno del SM en la población aparentemente sana es una de las herramientas para establecer medidas terapéuticas con la finalidad de prevenir estos

desenlaces, donde la evidencia muestra que invertir en la prevención de enfermedades no transmisibles es costo-efectivo.

3. Objetivos

Desde la perspectiva de la enfermera:

Promover el aprendizaje de conocimientos relacionados con el síndrome metabólico para el autocuidado del paciente y/o el apoyo del familiar con la finalidad de prevenir o reducir los factores de riesgo de este síndrome.

Desde la perspectiva del paciente:

Al término de las sesiones de consejería (mínimo 2), el paciente adulto/adulto mayor estará en capacidad de:

- a. Identificar en sí mismo los factores de riesgo presentes del síndrome metabólico.
- b. Concienciar y tener motivación para adoptar por sí mismo o con ayuda de su familiar estrategias para reducir los factores de riesgo del síndrome metabólico presentes.

Desde la perspectiva del familiar:

Al término de las sesiones de consejería (mínimo 2), el familiar estará en capacidad de:

- a. Reconocer en su paciente los factores de riesgo presentes del síndrome metabólico.
- b. Ayudar a su familiar a practicar las estrategias para reducir los factores de riesgo del síndrome metabólico presentes.

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Explique al paciente o familiar el motivo de la sesión de consejería.
- b. Informe al paciente que se procederá a realizar la Valoración de enfermería y el objetivo de esta actividad.
- c. Realice la Evaluación del paciente utilizando la *Ficha de Valoración de Enfermería para la Detección de Riesgo de Síndrome Metabólico* (Anexo A):
 - Controle la presión arterial y frecuencia cardíaca
 - Peso y talla (que permita calcular el IMC)
 - Perímetro de circunferencia abdominal (a nivel de la línea umbilical)
 - Estilo de vida: alimentación, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol
 - Historia personal y familiar de obesidad, DM, dislipidemia, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria y cerebro vascular)
 - Recibe o no medicamentos antipsicóticos de segunda generación, valproato de sodio y carbonato de litio, dosis y hace qué tiempo los toma (puede obtenerlo de la historia clínica)
 - Cuenta con resultados de análisis de laboratorio (glicemia y perfil lipídico) realizados en los últimos tres meses
 - Los resultados de los análisis de laboratorio indican valores anormales
 - Presenta o no signos y síntomas de diabetes mellitus
- d. Informe al paciente o familiar los factores de riesgo de SM identificados en la valoración que ha realizado.
- e. Disponga de una copia del material escrito con las Instrucciones para el paciente o familiar.
- f. Entregue al paciente o familiar la copia de las Instrucciones.
- g. Instruya al paciente y familiar sobre el SM: definición, factores de riesgo, etiología, consecuencias, prevención, tratamiento, valores normales de la concentración de lípidos en sangre, signos de alerta temprana de diabetes, qué puede hacer una persona para tratar el SM.

- h. Haga una aproximación del número de sesiones que se requieren para dar a conocer las estrategias terapéuticas que requiere aprender y practicar para reducir los factores de riesgo de SM presentes.
- i. Informe que en la siguiente sesión de Consejería de enfermería hará entrega de la lista de los factores de riesgo de SM que presenta.
- j. Programe la cita de la siguiente sesión de Consejería de enfermería.
- k. Despida cordialmente al paciente o familiar.
- l. Registre los hallazgos e intervención de enfermería que se requiere para la prevención o reducción del SM, tanto las que a usted le corresponden, como las que sugiere realicen otros profesionales.
- m. Coordine con el médico tratante acerca de los hallazgos y las acciones que se necesitan implementar para ayudar al paciente, tanto las que son de su competencia, así como las que demandan la intervención de otros profesionales del equipo de salud mental.
- n. En las sesiones de Consejería de enfermería subsiguientes, siga los procedimientos que se requieren, según los factores de riesgo del SM identificados.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué es el síndrome metabólico?

El síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo como: la obesidad abdominal (excesivo tejido graso en y alrededor del abdomen), aumento del colesterol malo (LDL), disminución del colesterol bueno (HDL), aumento de los triglicéridos, elevación de la presión arterial e intolerancia a la glucosa. La suma de estos factores favorece el desarrollo de enfermedades del corazón, de los vasos sanguíneos del cerebro y la diabetes. Todas estas enfermedades son muy peligrosas porque ponen en peligro la vida de la persona o sus complicaciones pueden afectar también seriamente la calidad de vida de la persona. Por ejemplo, un infarto cardíaco, el derrame cerebral y la diabetes que muchas veces termina con amputaciones o pérdida de la visión, entre otros.

Todos estos factores de riesgo para Síndrome metabólico se pueden prevenir y corregir.

Solo se requiere de su disposición para aprender y realizar los cuidados que la enfermera/ o consejera/ o le enseñará.

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar síndrome metabólico?

Existe riesgo de presentar SM si la persona tiene una o más de las siguientes características:

- Sobrepeso u obesidad
- El perímetro de la circunferencia abdominal está aumentado
- No realiza actividad física
- Su alimentación es rica en azúcares y grasas
- Es fumador
- Consume alcohol
- Peso elevado al nacer
- Recibe antipsicóticos de segunda generación: olanzapina, clozapina, risperidona o quetiapina principalmente

- Recibe estabilizadores del ánimo como: valproato de sodio o carbonato de litio
- Tiene antecedentes de familiares directos (padres y/o hermanos) con enfermedad del corazón, hipertensión arterial, "derrame" cerebral, diabetes.

¿Cuándo se dice que una persona tiene síndrome metabólico?

Si presentara al menos tres de las siguientes alteraciones:

- a. Obesidad abdominal (cintura igual o mayor a 102 cm en hombres y en mujeres igual o mayor a 88 cm)
- b. Triglicéridos elevados (mayor o igual a 150 mg/dl)
- c. Colesterol bueno (HDL) bajo (menor o igual a 40 mg/dl en hombre y menor o igual a 50 mg/dl en mujer)
- d. Presión arterial elevada (mayor o igual a 130/85 mm Hg)
- e. Glucosa o azúcar en sangre elevada (mayor o igual a 100 mg/dl).

¿Qué problemas de salud podrían desarrollarse en una persona que tiene síndrome metabólico?

Si una persona ha sido diagnosticada con el SM tiene un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte temprana. La enfermedad cardiovascular incluye enfermedad del corazón y embolia cerebral.

Si tiene el síndrome metabólico:

- a. Podría tener 3 veces más posibilidad a desarrollar enfermedades del corazón potencialmente mortales.
- b. Tiene un riesgo más alto para desarrollar diabetes, que puede ser una enfermedad de por vida, potencialmente mortal.
- c. Su riesgo de sufrir una embolia cerebral es más alto.
- d. Puede estar dos veces más propenso a desarrollar enfermedad renal prolongada, que lleva a insuficiencia renal.

¿Cuáles son las principales enfermedades que pueden desarrollarse si tiene SM?

Son básicamente las siguientes:

- a. Obesidad
- b. Enfermedades coronarias
- c. Hipertensión arterial
- d. Diabetes Tipo 2
- e. Enfermedad cerebrovascular o ictus (derrame cerebral)
- f. Enfermedad renal

Obesidad

La obesidad se define como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Es el producto de un balance calórico positivo, ya sea por medio de un elevado aporte energético o por una reducción del gasto de energía.

Varias investigaciones han descartado a la sobre alimentación como un hecho constante en los obesos, considerando a la obesidad como una entidad desigual, compleja y multifactorial. La obesidad aumenta con la edad hasta alrededor de los 60 años en ambos sexos y es constantemente mayor en mujeres en todas las edades, especialmente en las de medio socioeconómico bajo. Se asocia, además, a una mayor presencia de enfermedades crónicas, tales como, hipertensión arterial, diabetes, cálculos en la vesícula, aumento del colesterol, enfermedad coronaria, cáncer, enfermedades respiratorias, psiquiátricas, enfermedades de los huesos y articulaciones y numerosas otras enfermedades crónicas, las cuales limitan las posibilidades de vida, con un mayor costo de salud para la población.

Enfermedades Coronarias

Las enfermedades coronarias, tales como, infarto de miocardio, angina de pecho, trombosis entre otras, son la causa de muerte natural más frecuente en los países desarrollados y en

desarrollo como el nuestro. El consumir exceso de grasas saturadas (mantequilla, huevos, quesos curados, carnes grasosas) en la dieta diaria, eleva el colesterol en la sangre, dificulta la circulación sanguínea al estrechar las arterias y reduce la sangre que llega al corazón.

Hipertensión

También conocida como presión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que las personas tienen la presión arterial persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. Cuanto más alta es la presión, más esfuerzo tiene que hacer el corazón para bombear.

La presión normal en los adultos debe ser igual o menor a 120 mm Hg cuando el corazón late (presión sistólica o máxima) y menor de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (presión diastólica o mínima).

Presión alta: cuando la presión sistólica o máxima es igual o superior a 140 mm Hg y/o la presión diastólica o mínima es igual o superior a 90 mm Hg, la presión arterial se considera alta o elevada.

Diabetes Tipo 2

Es el tipo más común de diabetes. En la diabetes tipo 2, el organismo puede producir insuficiente insulina, pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre.

El número de personas con diabetes tipo 2 está en rápido aumento en todo el mundo. Este aumento va asociado a los cambios de dieta, a la disminución de la actividad física y al cambio de otros patrones de estilo de vida.

Enfermedad Cerebrovascular o Ictus ("derrame cerebral")

La enfermedad cerebrovascular es la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez en el mundo. Se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo, raza, ni condición social y que en muchas ocasiones afecta a individuos en las etapas más productivas de sus vidas. A pesar de esto, la mayoría de la gente no es consciente de la gravedad de esta enfermedad, de los factores de riesgo que favorecen su desarrollo, de sus manifestaciones clínicas, ni de las opciones de tratamiento que existen en la actualidad.

Si tiene síndrome metabólico, usted enfrenta graves problemas de salud si no toma control de su vida, sigue las instrucciones de su médico y comienza a eliminar cada uno de los factores que lo ha llevado al síndrome metabólico.

¿Cuáles son los signos de alerta temprana de la diabetes?

- a. Aumento en la frecuencia de orinar
- b. Aumento de la sed
- c. Hambre
- d. Pérdida de peso
- e. Fatiga
- f. Irritabilidad
- g. Visión borrosa

Si presentara estos signos consulte lo antes posible con su médico tratante o un médico internista de un establecimiento de salud.

¿El síndrome metabólico se puede combatir?

Sí, la reducción del peso, hasta alcanzar el considerado normal para la edad y el sexo de cada persona, es por sí misma capaz de reducir de forma muy importante el SM en más de la mitad de los pacientes. La reducción del peso, es determinante en el control de los demás factores.

Se trata básicamente de modificar el estilo de vida, principalmente hacer actividad física regularmente y comer sano. Algunas personas necesitarán tomar medicamentos, eso lo determinará su médico.

¿Cuáles son los valores normales de lípidos o grasas en sangre?

LÍPIDOS EN SANGRE	VALORES NORMALES
Colesterol total	Menos de 200 mg/dL
Colesterol "malo" (LDL)	Menos de 100 mg/dL
Colesterol "bueno" (HDL)	Más de 40 mg/dL
Triglicéridos	Menos de 150 mg/dL

mg/dL = miligramos por decilitro de sangre

¿Qué puede hacer una persona para ayudar a reducir el síndrome metabólico?

- ✓ Si fuma, deje de fumar
- ✓ Disminuya el peso. La pérdida de peso debe ser una prioridad alta si tiene sobrepeso. IMC recomendable: mayor de 18 y menor de 25.
- ✓ Aumente la cantidad de fibra, vegetales, y frutas en su dieta. Debe consumir entre dos y tres unidades de fruta al día.
- ✓ Reduzca la cantidad de calorías, grasas y aceites saturados en su alimentación, tales como: el aceite de coco, aceite de palma, manteca de cerdo, carne de vacuno, de cerdo y cordero; los pasteles, el chocolate, la mantequilla, leche entera, los quesos. Estos son los alimentos donde las grasas se encuentran en mayor cantidad. Una forma fácil de reconocer las grasas es por su aspecto. Si es visible y blanca, por ejemplo, la de la carne o la mantequilla.
- ✓ Reemplace los alimentos que contienen grasas saturadas en mayor proporción por alimentos que contienen grasas insaturadas:
 - Consuma aceites vegetales: aceite de oliva y de girasol.
 - Consuma pescados: La mayoría de los pescados son más bajos en grasas saturadas que la carne. Aporta proteína y grasas saludables en forma de omega 3, que ayudan a reducir el colesterol.
 - Consuma carne de pollo, pavo y otras aves (mejor sin piel), y de cerdo (eliminando la grasa visible).
 - Consuma frutos secos (nueces, almendras, pecanas) en cantidad moderada: aportan grasas saludables beneficiosas para el funcionamiento cerebral, el sistema de defensa, el sistema endocrino, hormonal y nervioso.
 - Evite las frituras. Es más saludable cocinar los alimentos al horno, cocidos, asados, y a la plancha, que fritos.
 - Elimine de la dieta o consuma de forma esporádica estos alimentos: pastelería en general, alimentos con preservantes, alimentos rebozados o fritos, embutidos, alimentos basados en harinas refinadas (fideos, arroz, papa).

- ✓ Acostumbre a leer los letreros octogonales que aparecen en los alimentos procesados que advierte si un alimento es alto en grasa, sodio y azúcar y, evite consumirlos o al menos reduzca su consumo.



Aumenta la grasa corporal, puede causar diabetes, hígado graso y resistencia a la insulina.



Puede generar hipertensión arterial crónica, fallas cardíacas y renales.



Genera incremento en el colesterol, puede ocasionar infarto del corazón o del cerebro.



Puede provocar alergias, resistencia a antibióticos y causar daño al hígado.

- ✓ Limite el consumo de caramelos, dulces, pasteles, helados, galletas y alimentos de repostería.
- ✓ Reemplace el azúcar por edulcorantes bajos en calorías. Estos contribuyen a la reducción de energía, calorías, en alimentos y bebidas.
- ✓ Restrinja el consumo de bebidas azucaradas, como los jugos en caja y gaseosas. Es importante que usted aprenda que la hidratación adecuada se hace con agua natural.
- ✓ Use menos azúcar en las preparaciones de los alimentos.
- ✓ Evite agregar azúcar a los jugos naturales. Por lo general ninguna fruta necesita añadidura de azúcar.

Mantenga el contorno de su abdomen dentro de los valores establecidos; su disminución se relaciona con mejoría de los niveles de azúcar y grasas en la sangre.

- ✓ Disminuya el consumo de sal, puede reemplazarla por aderezos naturales (limón, ajo) especias o hierbas aromáticas que ayudan a realzar el sabor, tales como: orégano, laurel, pimienta, comino, tomillo, albahaca, entre otras.
- ✓ Consumir sal baja en sodio, p. ej., sal de Maras, sal marina.
- ✓ Evite el uso de consomés, cubitos y sopas instantáneas, suelen contener bastante sal.
- ✓ Evite o reduzca alimentos procesados y enlatados, éstos, suelen contener mucha sal, p. ej., atún (menos de tres a la semana)
- ✓ Disfrute los sabores naturales y originales de los alimentos, especialmente de frutas y verduras. No es necesario agregar sal para consumirlas, p. ej., la palta.
- ✓ Retire la sal de la mesa y usarla únicamente para preparar los alimentos.
- ✓ No aumente sal a sus comidas una vez servidas.
- ✓ Revise la etiqueta de los productos empacados o envasados. Prefiera los productos bajos en sodio cuyo contenido no supere los 140 miligramos (mg) por ración.
- ✓ Coma porciones pequeñas, pero no se salte comidas.
- ✓ No se salte el desayuno, pero si es posible evite los jugos de fruta a primera hora de la mañana.
- ✓ Si entre comidas tiene hambre, tome agua o coma frutas diferentes (tres unidades por día).
- ✓ Evite el consumo de bebidas alcohólicas.
- ✓ Haga actividad física durante 30 minutos al día, tres veces a la semana, p. ej., caminar, bailar. Si no tiene ninguna contraindicación médica, realice ejercicio físico de alta intensidad.
- ✓ Incorpore más actividades físicas en su rutina diaria. Tome las escaleras en vez del ascensor, bájese del microbús antes de su paradero y camine una o más cuadras, pasee su mascota.

Las personas con más tiempo de comportamiento sedentario tienen mayores probabilidades de desarrollar SM, por lo que se deben reducir las conductas sedentarias para su prevención.

- ✓ Disminuya el estrés; relájese.
- ✓ Controle su presión arterial.
- ✓ Controle su peso cada mes y anótelos en una libreta. Cuide pesarse estando en ayunas y preferentemente sin ropa si tuviera una balanza en casa, de lo contrario, hágalo con ropa ligera, en el mismo lugar donde se pesó la vez anterior y en un horario en el que no haya tomado alimentos o realizado actividad física.
- ✓ Calcule el índice de masa corporal usando la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso en kg} / \text{talla en metros al cuadrado}$, o usando las tablas disponibles en internet. En Google: IMC, le pedirá ingrese su peso y talla y le dará el valor de su IMC, indicándole, además, si tiene sobrepeso, obesidad o si el IMC es normal.

Los criterios para la clasificación del estado nutricional son los siguientes:

IMC = Kg/talla^2	
Enflaquecido	Menor de 20
Normal	20-24
Sobrepeso	25-29
Obeso	Mayor de 30

- ✓ Si tiene los valores de los lípidos o la glucosa en sangre por encima o debajo de lo esperado; pida a su médico tratante le proporcione las órdenes de laboratorio cada tres meses para realizar estos análisis.
- ✓ Muestre los resultados a su médico o a la enfermera.
- ✓ Siga estrictamente las indicaciones que el médico o la enfermera le han proporcionado.

6. Bibliografía

- González A., Gómez J., Elizondo S., Rangel P., Sánchez M. Guía de Práctica Clínica de Síndrome metabólico. 2019.
- Cortés Morales B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. En: Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2011; 31 (110), 303-320.
- Rojas P, Poblete C, Orellana X, Rouliez K, Liberman C. Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. En: Rev Méd Chile 2009; 137: 106-114.
- Lahsen R. Síndrome Metabólico y Diabetes. En: Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(1) 47-52.
- Rebolledo-Solleiro D, et al. Obesidad, síndrome metabólico y percepción olfativa. En: Rev Neurol 2020; 70 (2): 53-66
- Bojórquez E. Síndrome metabólico, antipsicóticos atípicos y esquizofrenia. p: 86-94.
- Castillo J., Cuevas María José, Mar G., Romero E. Síndrome Metabólico, Un Problema de Salud Pública con diferentes Definiciones y Criterios. En Revista Médica de la Universidad Veracruzana / Vol.17, no. 2, julio- diciembre 2017 p: 7-24.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y RECURRENCIAS DE UN TRASTORNO MENTAL

1. Fundamentación

La prevención de recaídas es uno de los principales objetivos en el tratamiento de la esquizofrenia. Las recaídas se asocian con altas tasas de discontinuación del tratamiento.

Serrano M^aM et al señala que en el estudio CATIE de Liberman, 2005: 74% de los pacientes que recibieron fármacos antipsicóticos suspendieron su medicación inicial en los primeros 18 meses y un 60% en el período de 1 año.

Otros autores según la revisión de Serrano M^aM prueban que el incumplimiento terapéutico aumenta en casi 5 veces el riesgo de recaídas y que aproximadamente un 80% de los pacientes recaen después de un año de no adherencia.

Los mismos autores muestran que la Contemporary Diagnosis and Management of the Patient with Schizophrenia (2003) afirma que las consecuencias de la recaída en la Esquizofrenia son:

- a. Hay pérdida progresiva de sustancia gris y blanca.
- b. La respuesta será más lenta e incompleta.
- c. Habrá más reingresos a las unidades de psiquiatría.
- d. La enfermedad aumentará su resistencia al tratamiento.
- e. Incrementará el riesgo de hacer daño a sí mismo y de quedar desamparado.
- f. Recuperar el nivel de funcionamiento previo será cada vez más difícil.
- g. Los pacientes pierden su autoestima y hay alteración de su funcionamiento social y vocacional.
- h. Hay mayor consumo de recursos sanitarios.
- i. Hay mayor desgaste de las familias y los cuidadores.

Asimismo, según la bibliografía consultada añaden otras consecuencias clínicas que acompañan o se derivan de las recaídas en el trastorno esquizofrénico:

- a. Promedios elevados de enfermedades físicas debidas al tratamiento psiquiátrico (como efectos secundarios de los fármacos) y a las condiciones de vida asociadas con la discapacidad crónica.
- b. Alto riesgo de desarrollar un problema de drogodependencia coexistente y el consumo de alcohol u otro tipo de tóxicos.
- c. Los factores de mayor importancia para estas recaídas, son los mentales de índole psicológica e inherente a la propia enfermedad:

Los esquizofrénicos tienen tendencia a caer en depresiones severas durante episodios psicóticos. El suicidio ocurre cuando la persona con esquizofrenia está pensando más claramente, es decir, cuando es consciente de su enfermedad, de las consecuencias que tiene y, sobre todo, en la persona en la que se convierte cuando sufre episodios psicóticos.

En el primer año, después de la recuperación de un episodio psicótico agudo inicial, la tasa de recaída entre los pacientes no tratados alcanza entre 40% y 60%. Para el 2004, en una actualización de la guía, la APA menciona como factores que contribuyen a las recaídas la falta de adherencia a la medicación antipsicótica, eventos por consumo de sustancias y condiciones de vida estresante.

La exposición a las drogas puede afectar más a quienes tienen una predisposición genética a la drogodependencia que a quienes no la tienen. La drogadicción es más frecuente entre las personas con trastornos mentales que en la población general. Las condiciones de vida estresante pueden estar dadas por diferentes estresores como situaciones económicas precarias, hambre, abandono, abuso o maltrato, sobrecarga laboral, disfunción familiar y vivencias negativas acumuladas que generan sobrecarga emocional y alteran de manera importante el funcionamiento del individuo.

La importancia de darle continuidad a la terapia no solo radica en administrar los medicamentos sino en establecer otras medidas de control y prevención de las recaídas, donde se tengan en cuenta diferentes aspectos psicosociales, como apoyo continuo de profesionales de salud, ayuda del entorno familiar, condiciones laborales que aporten al desarrollo del paciente desde el

componente afectivo y físico, circunstancias sociales y culturales que lo lleven a diversas formas de socialización, así como construcciones legales y normativas que garanticen la interacción del paciente con su cotidianidad.

Los objetivos del tratamiento deben ser claros en cada una de las fases por las que cursa la enfermedad; por ello es de suma relevancia que en la etapa aguda las actividades se concentren en el control y disminución de los síntomas. Luego de la fase aguda, la estabilización cubre los primeros seis meses y pretende monitorear al paciente en este tiempo, con el fin de no suspender la medicación y utilizar las mismas dosis iniciales que en la fase anterior ya que, de lo contrario, se aumentaría el riesgo y la posibilidad de una recaída. Posteriormente, estas acciones deben estar acompañadas de procesos de educación que expliquen claramente al paciente y su familia el curso y manejo de la enfermedad, haciendo énfasis en la administración de los tratamientos farmacológicos, efectos secundarios e identificación de signos de alarma temprana de las recaídas.

Los tratamientos psicosociales tienen como objetivo proveer a los pacientes de habilidades para disminuir las incapacidades, prevenir las recaídas, disminuir los reingresos hospitalarios y, por tanto, mejorar el funcionamiento general. Estas intervenciones se han implementado de manera individual, familiar o grupal y en diferentes sitios o espacios como son el hospital, los centros de salud y los consultorios.

La psicoeducación es una de las intervenciones psicosociales; tiene como fin brindar educación sobre la enfermedad y el tratamiento de manera que promueva la recuperación de los síntomas, prevenga las recaídas y contribuya al proceso de rehabilitación. Se ha demostrado que estas acciones incrementan el conocimiento, conciencia de enfermedad y el reconocimiento temprano de señales de alarma para prevenir las recaídas. El entrenamiento en habilidades sociales se basa en técnicas conductuales que usan la instrucción, el modelamiento, el ensayo, la retroalimentación y trabajo en casa con el fin de enseñar o reforzar habilidades sociales. Se enfoca en aspectos muy específicos de la conducta como el contacto visual, el lenguaje, la imagen corporal, autocuidado y pretende por medio del aprendizaje mejorar estas competencias.

Efectivamente, los tratamientos tienen que estar enfocados en el seguimiento del paciente durante todas las fases de la enfermedad, con la participación de un equipo interdisciplinario que entienda sus necesidades y las de su familia. Es fundamental establecer estrategias que eduquen y ayuden a disminuir los temores concebidos por el estigma que se genera alrededor de la enfermedad.

2. Definición

La vulnerabilidad psicobiológica es una condición que va acompañar permanentemente a toda persona que adolece de un trastorno mental crónico. De allí la necesidad de que el paciente y la familia conozcan las estrategias para prevenir una recurrencia.

La prevención de la recurrencia de un trastorno mental, se refiere a todas las estrategias que requiere poner en práctica el paciente con apoyo de la familia para lograr disminuir la frecuencia de las recurrencias, hacerlas menos graves y en consecuencia conservar la funcionalidad de la persona que adolece algún trastorno mental crónico.

3. Objetivos

Al término de la sesión de consejería, el paciente adulto/adulto mayor estará en la capacidad de:

- a. Diferenciar una recaída de una recurrencia
- b. Reconocer los factores que facilitan una recurrencia
- c. Reconocer las señales de alerta para una recurrencia
- d. Mencionar las estrategias que puede realizar para prevenir una recurrencia

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Explore en el paciente y/o familiar los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la recurrencia del trastorno mental que presenta.

- b. Indague si presenta uno o más factores de riesgo para recurrencia.
- c. Examine la condición clínica del paciente y determine si reúne los criterios de pre alta del Instituto y puede efectuarse la contrarreferencia a un establecimiento de salud mental de menor complejidad para su seguimiento.
- d. Proporcione información al paciente y/o familiar todo lo relacionado a la recurrencia: definición, diferencia entre recaída y recurrencia, factores que facilitan una recurrencia, las consecuencias de tener frecuentes recurrencias y las estrategias para prevenirla.
- e. Motive al paciente y familiar asumir el compromiso de cuidarse y practicar las conductas relacionadas con la prevención de recurrencias.
- f. Informe los aspectos identificados que le están poniendo en riesgo de desarrollar una recurrencia y las estrategias que podría utilizar para variar este riesgo.
- g. Corrobore si la información impartida ha sido asimilada por el paciente o familiar.
- h. Despida amablemente al paciente o familiar.
- i. Registre en el sistema MentalCom los hallazgos y sugerencias respecto a los aspectos que aún requieren trabajarse y la decisión que debiera tomarse respecto a la disposición del paciente (existen o no criterios que sustentan la contrarreferencia a un establecimiento de salud mental de menor complejidad)
- j. Coordine con el médico tratante del paciente para expresar y sustentar su opinión en base a los hallazgos en la sesión de consejería, y sugerir desde su perspectiva, la decisión que debiera tomarse respecto al paciente: alta o no alta del Instituto, necesidad de trabajar otro tema en consejería de enfermería, entre otros.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué es recaída?

La recaída es la *acentuación de los síntomas de un trastorno mental* en un paciente que *todavía no se ha recuperado de un episodio previo*.

¿Qué es recurrencia?

La recurrencia es la *reaparición de los síntomas de un trastorno mental* en un paciente que *ha estado libre de ellos*.

¿Quiénes pueden presentar recaídas o recurrencias?

Cualquier **paciente** con un *trastorno mental crónico* (aquel que tiene *más de dos años de duración*)

¿Qué factores pueden facilitar una recaída o recurrencia?

- a. Si se interrumpe o se cumple de modo irregular el tratamiento farmacológico.
- b. Poca conciencia de enfermedad, pensar que no hay necesidad de seguir el tratamiento.
- c. El consumo de sustancias puede empeorar o reavivar los síntomas.
- d. Realidades estresantes del día a día también pueden producir un empeoramiento de los síntomas y desembocar en una recaída.

¿Cuáles son las consecuencias de presentar repetidas recaídas o recurrencias?

Con cada recurrencia:

- a. La recuperación es más lenta
- b. Hay pérdida de control
- c. Pérdida de capacidades intelectuales
- d. Una mayor pérdida de la funcionalidad
- e. En algunos casos no es posible recuperar algunas de las capacidades anteriores
- f. Falta de independencia
- g. Una mayor pérdida de la calidad de vida, entre otras.

Para *no tener estas consecuencias*, es necesario que *usted haga todo lo necesario para evitar las recurrencias*.

¿Cuáles son las señales de alarma para una recaída o recurrencia?

Para evitar la recurrencia es importante que aprenda a *detectar las señales de alarma*:

- a. No puede dormir o los hábitos de sueño han cambiado
- b. Siente mucha tensión, ansiedad o miedo
- c. Se siente muy irritable, inquieto/a
- d. No desea ver a los amigos ni a nadie
- e. No desea salir de la cama
- f. Se siente triste, disfruta menos de las cosas y no le interesa nada
- g. No tiene apetito y/o come a deshoras
- h. Siente desconfianza, cree que los demás hablan mal de usted
- i. Oye voces
- j. No puedo concentrarse y se siente preocupado
- k. Cuando sale a la calle piensa que la gente lo mira mucho, cree que lo siguen
- l. Los demás dicen que está muy cambiado

*Si tiene uno o más de estos síntomas,
¡consulte a su médico!*

¿Cómo evitar una recaída o recurrencia?

Poniendo en práctica las siguientes estrategias:

- a. Tomando la medicación correctamente: medicamento indicado, hora indicada, en la cantidad indicada y por el tiempo que el médico lo determine, aun cuando luzca sano. Tómese un tiempo el día domingo para preparar sus medicamentos que tomará durante la semana.
- b. Asistiendo al control médico conforme a las citas programadas.
- c. Comiendo una dieta pobre en grasas, dulces y harinas. Incluya un gran contenido de verduras frescas, pescado azul (bonito, jurel) y cereales integrales.
- d. Bebiendo al menos ocho vasos de agua al día.
- e. Fijando horarios para tomar los alimentos, acostarse y levantarse.
- f. Durmiendo 8 horas cada día.
- g. Dejando de hacer siesta.
- h. Evitando el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, cafeína, gaseosas, bebidas energizantes, sustancias psicoactivas, entre otros)
- i. Practicando una hora diaria de actividad física al menos 3 veces por semana: lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado. Se recomienda deportes o ejercicios al aire libre: caminar, correr, montar bicicleta, nadar, entre otros.
- j. Manteniendo una actividad ocupacional: trabajo, estudios o actividades domésticas.
- k. Solicitando información a un profesional de la salud mental con experticia en el trastorno mental que usted presenta a fin de que le proporcione información acerca del trastorno mental que presenta, los beneficios y efectos secundarios de los medicamentos indicados por su médico, identificación de signos de alarma temprana de las recurrencias y cómo manejar esta situación, si fuera el caso.
- l. Solicitando a su médico tratante lo derive con otros profesionales del equipo de salud mental para atender otras necesidades relacionadas con el manejo y control del trastorno mental que adolece y el desarrollo de nuevas habilidades que se constituirán en un factor protector de las recurrencias.

- m. Desarrollando habilidades de afrontamiento (habilidades sociales, resolución de problemas, organización del tiempo, uso del tiempo libre, entre otros) que les faciliten la adaptación a situaciones nuevas y en consecuencia no tenga estrés.
- n. Teniendo sentimientos de dominio y control.
- o. Manejando el estrés: practicando técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, meditación u otras actividades, como el yoga.
- p. Desarrollando la autoestima, por ejemplo: darse un cumplido cada mañana mirándose al espejo.
- q. Actuando con independencia.
- r. Manteniendo contacto social y lazos afectivos.
- s. Teniendo interacción positiva entre familiares.
- t. Teniendo el apoyo social de la familia y amigos.
- u. Desarrollando las redes de apoyo (inscríbase para participar en alguna organización de su comunidad, de acuerdo a sus preferencias: deportiva, cultural, religiosa, entre otras).
- v. Estimulando sus funciones cognitivas (memoria, atención, concentración, abstracción) mediante crucigramas, sopa de letras, Sudokus, recordar información, memorizar imágenes, entre otros.
- w. Identificando signos de alarma temprana para recurrencia
- x. Buscando a su médico tratante aun cuando no tenga cita, si identifica signos de alerta temprana para recurrencia. En caso de signos mayores, acudir por Emergencia

6. Bibliografía

Garzón M. Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia Rev. Colomb. Enferm. Octubre, 2016 Volumen 13 Año 11. p. 105-114.

Serrano M^aM., Serrano M^aC., Méndez R., Menéndez B., Serrano M. La recaída en los trastornos esquizofrénicos y los nuevos abordajes: una revisión y las primeras experiencias con palmitato de paliperidona. En: Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría. p. 87-97.

Albuquerque F. Guía de Auto Instrucción para Personas con Esquizofrenia. Lima, 2004. p. 45-48.

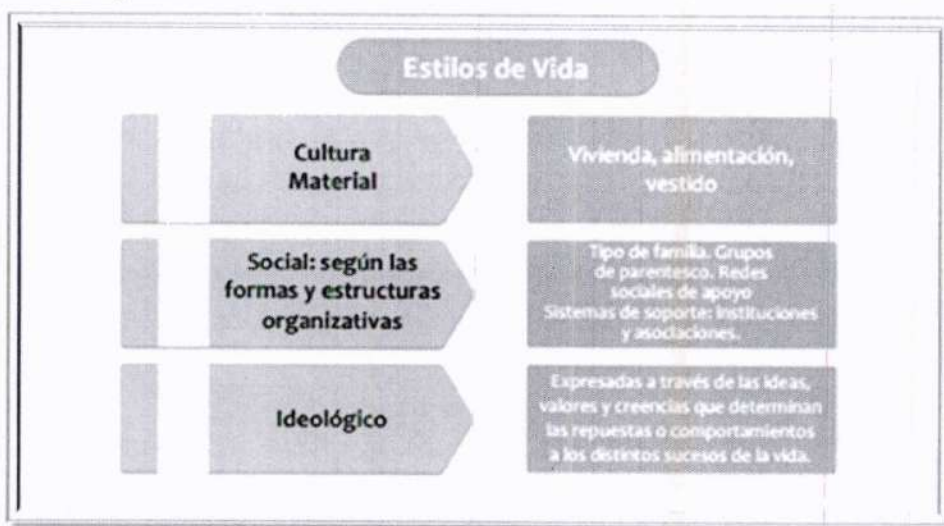
HÁBITOS SALUDABLES: ALIMENTACIÓN SALUDABLE

1. Fundamentación

El estilo de vida, es un comportamiento que una persona, grupo social o familia realiza de manera repetitiva, dependiendo de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión social y que tiene influencia sobre el individuo; que comprende tres aspectos interrelacionados entre sí:

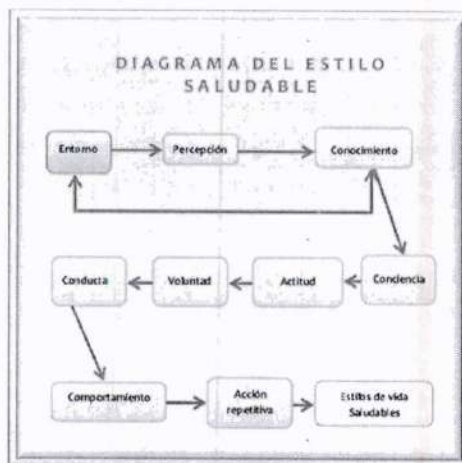
- El material,
- El social y
- El ideológico.



De este modo, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo del individuo.

Actualmente se sabe que los estilos de vida, están íntimamente relacionados con la salud y se vinculan con muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles que se padecen en la actualidad.

El siguiente diagrama explica mejor el concepto de estilos de vida:



Los estilos de vida saludables se consideran como acciones repetitivas sobre un comportamiento. Si el comportamiento no es repetitivo entonces este se vuelve en una práctica o una acción aislada.

Los estilos de vida se construyen a partir de conductas que se repiten regularmente, se aprenden y son acogidas como parte de la rutina diaria de las personas. A estas conductas se les denomina hábitos.

Desde esta perspectiva, lo que el concepto de estilo de vida permite entender es que los comportamientos de las personas se estructuran en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural; por tanto, tienen un efecto de globalidad y no de comportamiento individual. Los estilos de vida saludables más comunes: alimentación saludable, actividad física, realice un buen descanso, controle el estrés, entre otros.

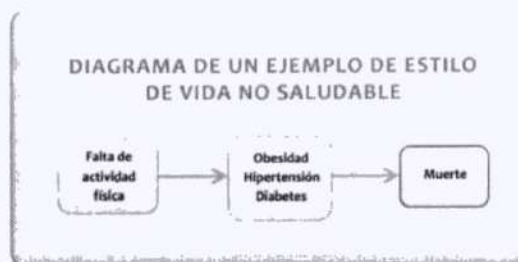
La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo.

Los **estilos de vida no saludables**, son acciones orientadas equivocadamente, donde las personas por falta de conocimiento de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan más por imitación o por falta de voluntad, cuando no hay conocimiento del daño que repercute en la salud de la persona.

Algunos estilos de vida no saludables son:

- Sedentarismo
- Desvelo o traspase
- Alimentación inadecuada
- El abuso del tabaco, alcohol y otras drogas
- El tiempo ocioso
- La vida sin objetivos o propósito
- Consumo de alimentos con exceso de colorantes, entre otros.



Los estilos de vida no saludables conllevan a que las personas contraigan enfermedades crónicas no transmisibles, tales como:

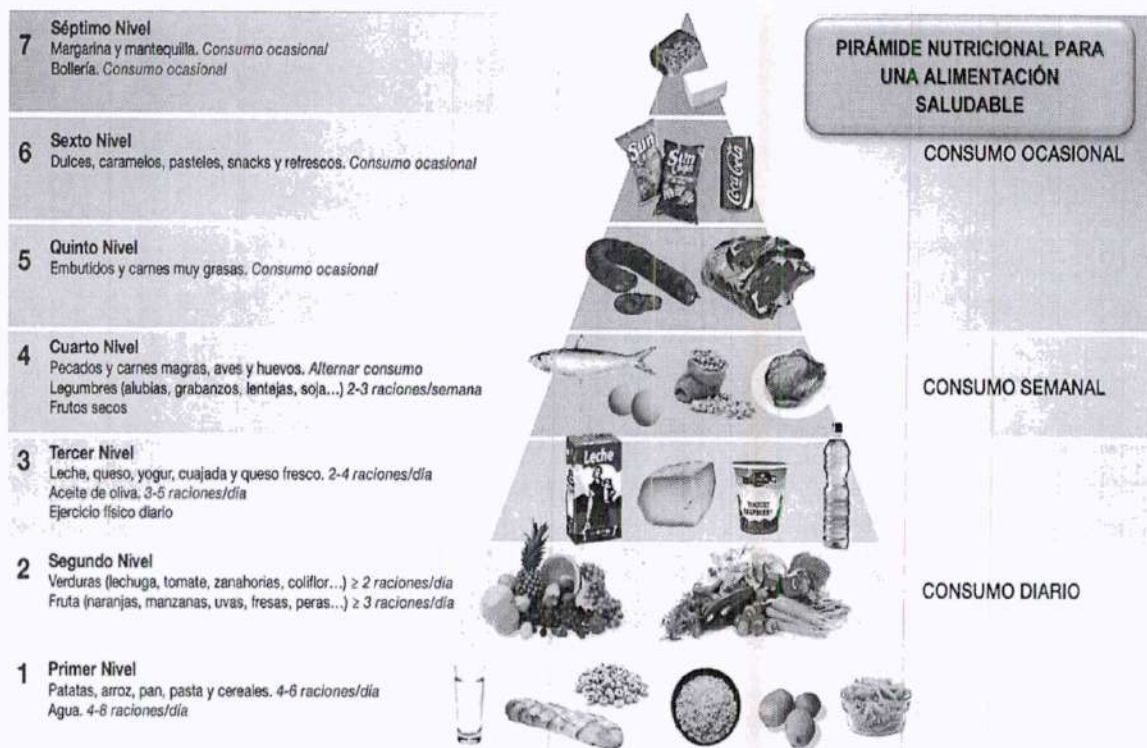
- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedades cardiovasculares
- Cáncer
- Las enfermedades respiratorias crónicas y
- La enfermedad renal, etc.

Éstas, representan una importante carga de morbilidad, así como una estrecha relación causal que guardan con ciertos factores de riesgos evitables.

La alimentación, es el proceso mediante el cual, los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes esenciales para el desarrollo de todas las funciones vitales del organismo. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo los elementos que se requieren para vivir. La alimentación, por tanto, es una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos y que está directamente relacionada con la supervivencia. La alimentación siempre es un acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológica y biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente.

Las personas ya no nos alimentamos sólo porque sentimos hambre. El tiempo dedicado a la comida está determinado o muy condicionado por los hábitos sociales, el ritmo laboral, los turnos de trabajo, la conveniencia y la convivencia, además de otros condicionantes culturales, religiosos o de ocio. Los hábitos dietéticos afectan a la sincronización de numerosos ritmos circadianos, en particular los relacionados con las funciones digestivas y metabólicas. Una irregularidad en los hábitos predispone a padecer problemas digestivos e incluso enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la obesidad. El momento del día en que se tomen los alimentos y la frecuencia con que se ingieran son claves para mantener una buena salud. El ser humano ha transformado desde tiempos inmemoriales al proceso de alimentación en una situación social en la que además de ingerir los productos deseados, también se comparten experiencias con los suyos.

Se considera una **alimentación saludable** para el ser humano, aquella que combina de manera apropiada todos los diferentes alimentos que se encuentran en la naturaleza. La **pirámide nutricional** es un buen método para establecer que tipos de alimentos deben ocupar un mayor y menor lugar en la alimentación de cada individuo.



Una alimentación es saludable cuando:

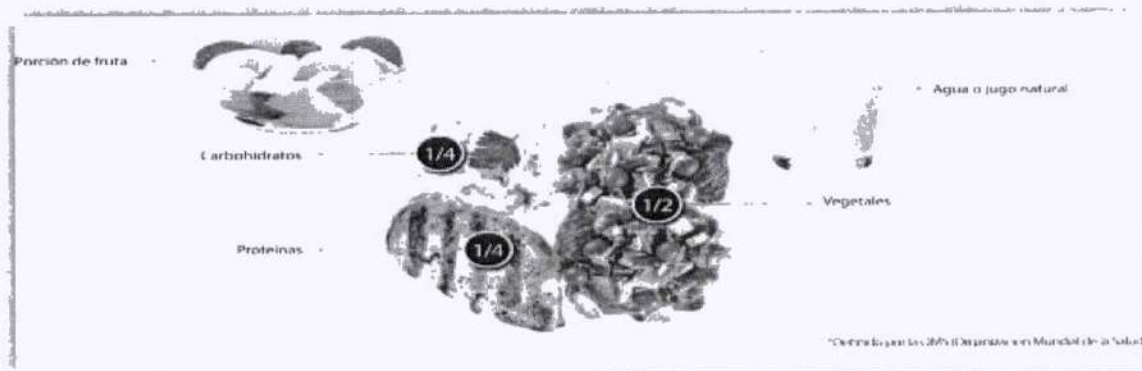
- Aporta la proporción correcta de los nutrientes esenciales (de los cuatro grupos que indica la pirámide) y energía que cada persona necesita para mantenerse sana.
- Suficiente en cantidad.
- Está de acuerdo a la edad, contextura corporal y al estado en que se encuentra su organismo, ya sea que esté enfermo, embarazada o lactando.
- Contiene una buena hidratación.

- e. El aporte alimenticio está adecuadamente distribuido a lo largo del día.
- f. Variada.
- g. Higiénica.

Entre los beneficios de aprender a elegir la comida se pueden destacar:

- a. Aumenta el rendimiento laboral.
- b. Ayuda a controlar los niveles de colesterol.
- c. Disminuye el riesgo de diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, enfermedad cerebro vascular y algunos tipos de cáncer.
- d. Ayuda a mantener un peso adecuado.
- e. Contribuye a que las mujeres estén en mejores condiciones para programar un embarazo, si así lo desean.

Según la OMS, un plato saludable es como se presenta seguidamente:



Los elementos que le ayudan a una nutrición eficiente son:

- a. Respetar el horario regular de comidas todos los días.
- b. Hacer tres comidas principales y dos refrigerios uno a media mañana y otro a media tarde.
- c. Recuerde que el desayuno es el principal alimento del día, consuma alimentos saludables como: pan integral, leche, jugos naturales, cereales y frutas y no vaya a su trabajo con solo una taza de café.
- d. Coma con tranquilidad. Evite en lo posible las prisas de la vida moderna, por lo menos a las horas de comer.
- e. Mastique bien los alimentos por ambos lados de la boca. No los trague hasta que estén bien deshechos y ensalivados.
- f. Coma frutas y verduras diariamente porque tienen vitaminas que previenen enfermedades.
- g. Coma carnes, pescado o vísceras, al menos dos veces por semana para ayudar al crecimiento y fortalecer el cuerpo.
- h. Disminuya el consumo de alimentos fritos y embutidos para tener un corazón sano.
- i. Reduzca el consumo de sal diario para evitar el riesgo de enfermedades cardíacas y de accidentes cerebrovasculares, tanto en personas con hipertensión como en personas sanas.
- j. Evite el uso de consomés, cubitos y sopas instantáneas porque contienen mucha sal.
- k. Comer fuera de casa no debe obstaculizar una correcta alimentación. En los restaurantes, comedores o casas que vendan alimentos verifique que éstos sean saludables.
- l. Evite las comidas rápidas como bocadillos, perritos calientes, pizzas, hamburguesas, ya que contienen muchas grasas.
- m. Varíe los menús. Una dieta monótona puede entrañar carencias de algunos nutrientes y exceso de otros.
- n. En la cena coma poco.
- o. Acuéstese por lo menos dos horas después de cenar.

- p. El agua es la bebida más sana y recomendable. Tome al menos ocho vasos al día para el buen funcionamiento de su cuerpo.
- q. Evite los refrescos embotellados.
- r. Cepille siempre los dientes después de cada comida. Una dentadura fuerte y sana, que triture bien los alimentos, es el principio de una correcta nutrición.

Es necesario diseñar e implementar estrategias con los usuarios que permitan promover el aprendizaje con la comida teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- a. **Fomentar una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.** Una alimentación es completa si incluye todos los grupos de alimentos durante el día para que aporte todos los nutrientes que necesita el cuerpo; es equilibrada si incluye las cantidades adecuadas de cada uno de los grupos de alimentos; es suficiente cuando las porciones cubren las necesidades energéticas de cada persona, en cada momento del curso de vida, y es adecuada cuando responde a las características individuales como sexo, edad, estado de salud, nivel de actividad física, características culturales y económicas.
- b. **Aumentar el consumo de frutas y verduras.** Las frutas y verduras son la principal fuente de vitaminas y minerales que son nutrientes esenciales para un adecuado funcionamiento de los órganos y fundamentales para el neurodesarrollo. Éstas ayudan a disminuir el consumo de azúcares y grasas, y de esta manera bajan los niveles de colesterol y azúcar en la sangre, mejoran el tránsito intestinal, se eliminan toxinas y controlan el peso evitando la aparición de enfermedades como la diabetes, las cardiopatías, los ataques cerebrovasculares, cánceres etcétera.
- c. **Fomentar la disminución del consumo de grasas, sal/sodio y azúcares añadidos.** Su consumo indiscriminado constituye un factor de riesgo para el desarrollo temprano de enfermedades como obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular entre otras.

2. Definición

Hábitos saludables

Los *hábitos saludables*, son un conjunto de *patrones de conductas* que las personas tienen asumidas como *propias en su vida diaria* y que *intervienen positivamente* en su *bienestar físico, mental y social*. La persona está posibilitada o limitada por factores socioculturales y características personales. Ej. la práctica habitual de actividad física, comer sano.

Alimentación saludable

La alimentación es saludable cuando reúne las siguientes características:

- a. Es **completa**, si incluye todos los grupos de alimentos durante el día (de los cuatro grupos que indica la pirámide) para que aporte todos los nutrientes que necesita el cuerpo.
- b. **Equilibrada**, si incluye las cantidades adecuadas de cada uno de los grupos de alimentos.
- c. **Suficiente** cuando las porciones cubren las necesidades energéticas de cada persona, en cada momento del curso de vida.
- d. **Adecuada**, cuando responde a las características individuales como sexo, edad, estado de salud, nivel de actividad física, características culturales y económicas.

3. Objetivos

Desde la perspectiva de la enfermera

- a. Destacar los beneficios de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada en la etapa de vida adulta y de acuerdo con las necesidades individuales.

- b. Enfatizar la necesidad de disminuir el consumo de sal, grasas y azúcares añadidas mostrando que, al tomarlas de manera indiscriminada, se pone en riesgo la salud y el bienestar.

Desde la perspectiva del paciente o familiar:

- a. Al término de las sesiones de consejería (1 o 2), el paciente adulto/adulto mayor o su familiar estará en capacidad de:
- b. Enumerar los beneficios de comer sano.
- c. Mencionar las pautas para tener una alimentación saludable.
- d. Concienciar que llevar una alimentación saludable le ayuda a evitar el desarrollo de enfermedades físicas crónicas relacionadas con una alimentación no saludable.
- e. Tener motivación para comer sano diariamente.

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Salude cordialmente al paciente adulto/adulto mayor y/o familiar y preséntese.
- b. Corrobore la identificación de cada uno de los usuarios.
- c. Exprese una frase amable que denote el interés que usted tiene para ayudarlos.
- d. Indague si conocen el motivo de la consejería.
Explique el motivo por el cual el médico tratante lo ha derivado para consejería de enfermería.
- e. Evaluación de medidas antropométricas del paciente: peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
- f. Explore los hábitos de alimentación:
 - o N° de comidas al día
 - o Alimentos que consume habitualmente
 - o Ingesta de agua (número de vasos de agua que toma aproximadamente en el día)
 - o Horario de cada una de las comidas
 - o Come solo o en compañía de familiares
 - o Lugar de la vivienda donde toma sus alimentos
 - o Aspectos relacionados con la alimentación: variaciones en el peso, apetito, molestias gastrointestinales, entre otros.
- g. Refuerce las conductas correctas relacionadas con la alimentación.
- h. Evite juzgar las conductas erradas relacionadas con la alimentación, es decir, no emita juicio señalando que son "malas", incorrectas o no saludables.
- i. Informe que, para conservar su salud, necesita aprender nuevas formas de llevar su alimentación.
- j. Brinde instrucción acerca de:
 - o Definición de hábitos saludables y sus beneficios para mantener la salud
 - o Definición de hábitos no saludables
 - o Características de una alimentación saludable y sus beneficios
 - o Riesgos para la salud si lleva una alimentación no saludable
 - o Pirámide de la salud y plato saludable según la OMS
 - o Recomendaciones para comer sano
 - o Ponga énfasis en la necesidad de ingerir alimentos naturales y reducir la ingesta de grasas saturadas, azúcar y sal
 - o Requerimiento de agua

El paciente puede seguir la lectura del material educativo proporcionado, mientras usted le brinda la instrucción.
- k. Corrobore que la instrucción ha sido comprendida por el paciente y/o familiar.
- l. Defina el compromiso del paciente y/o familiar para implementar las nuevas conductas para tener una alimentación saludable y evitar riesgos para su salud.
- m. Programe la cita para otra sesión de consejería de enfermería, si fuera el caso.
- n. Despida cordialmente al paciente y/o familiar.
- o. Registre la consejería realizada en el Sistema MentalCom, indicando los hallazgos, la intervención de enfermería y los acuerdos que ha llegado establecer con el paciente y/o familiar.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué son los hábitos saludables?

Los *hábitos saludables*, son un conjunto de *patrones de conductas* que las personas tienen asumidas como *propias en su vida diaria* y que *intervienen positivamente* en su *bienestar físico, mental y social*. La persona está posibilitada o limitada por factores socioculturales y características personales. Ej. la práctica habitual de actividad física, comer sano.

¿Qué son los hábitos No saludables?

Los *hábitos no saludables*, son *acciones orientadas equivocadamente*, donde las personas por *falta de conocimiento* de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan más *por imitación o por falta de voluntad*, cuando no hay conocimiento del *daño que repercute en la salud de la persona*. Por ejemplo: sedentarismo, desvelo o traspase, alimentación inadecuada.

¿Cuándo una alimentación es saludable?

Una alimentación saludable, es aquella que reúne las siguientes características:

- Es **completa**, aporta *todos los nutrientes* esenciales (de los cuatro grupos que indica la pirámide) y energía que cada persona necesita para mantenerse sana.
- Equilibrada**, si incluye las *cantidades adecuadas* de cada uno de los grupos de alimentos.
- Suficiente** cuando las *porciones cubren las necesidades energéticas* de cada persona, en cada momento del curso de vida, p. ej., si está enfermo, embarazada o lactando.
- Adecuada**, cuando *responde a las características individuales* como sexo, edad, estado de salud, nivel de actividad física, características culturales y económicas.

Consuma comida tomando en cuenta la **Pirámide nutricional para una alimentación saludable** y en las **proporciones** de un **plato saludable**.



¿Qué beneficios puede lograr si consume una alimentación saludable?

- a. Da energía y vitalidad.
- b. Genera bienestar físico y emocional.
- c. Aporta al desarrollo, crecimiento y aprendizaje.
- d. Contribuye positivamente al rendimiento en el trabajo y estudio.
- e. Fortalece los músculos, huesos y dientes.
- f. Ayuda a mantener un peso adecuado y un corazón saludable.
- g. Evita la aparición de enfermedades.

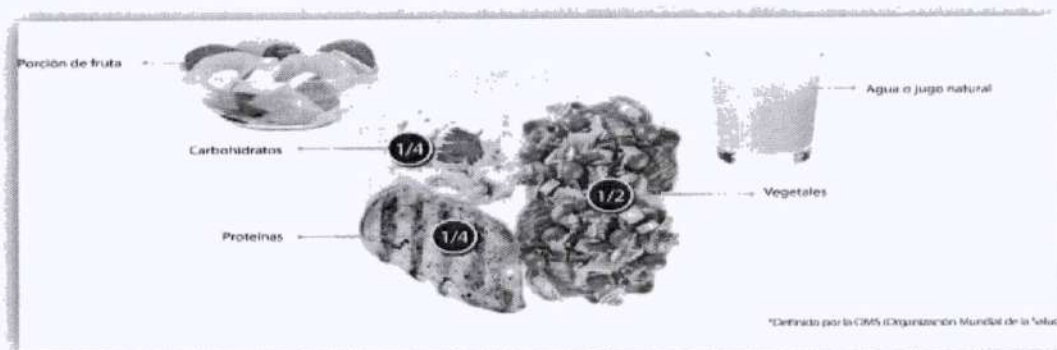
¿A qué riesgos está expuesto si consume una alimentación no saludable?

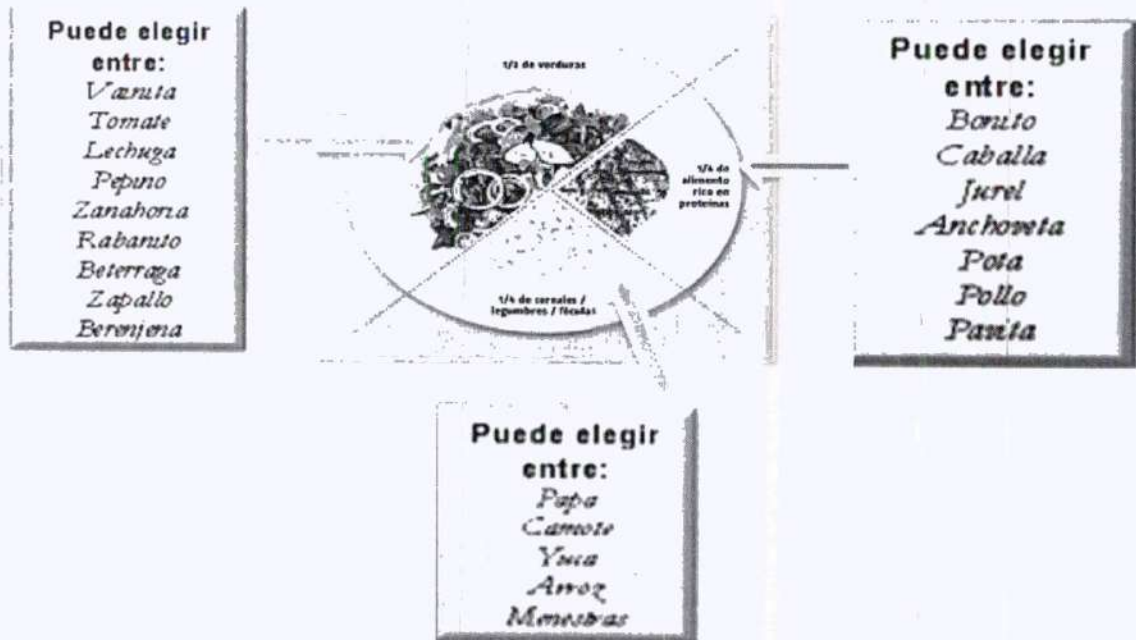
Consumiendo una alimentación no saludable usted está más expuesto a desarrollar enfermedades físicas, tales como:

- Obesidad
- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedades coronarias
- Hipertensión arterial (presión arterial persistentemente elevada)
- Enfermedad cerebrovascular
- Hígado graso
- Cálculos a la vesícula
- Cáncer
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Enfermedad renal, etc.

¿Cómo es un plato saludable?

Según la Organización Mundial de la Salud, un *plato* es *saludable* si reúne las características que se indican en la siguiente imagen: medio plato de ensalada de verduras, un cuarto del plato contiene una porción de proteína (pescado, pollo, pavo o huevos) y el cuarto restante contiene carbohidratos (arroz, menestra, mote, quinua, trigo, papa, yuca, camote, etc.; solo uno de ellos)





¿Qué recomendaciones puede seguir usted para comer sano?

- ✓ Fije una hora para cada comida.
- ✓ Lave las manos antes y después de tomar alimentos durante 20 segundos como mínimo.
- ✓ Consuma comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista. Una dieta monótona puede significar carencias de algunos nutrientes y exceso de otros.
- ✓ Aumente el porcentaje diario de consumo de alimentos naturales y preferentemente crudos.
- ✓ Aumente el consumo de alimentos alcalinos. Son alimentos alcalinos (verduras y frutas crudos, el pescado, pavita y pollo). Son alimentos ácidos (carnes rojas, los lácteos-leche y sus derivados- y los alimentos cocidos), éstos deben ser de consumo ocasional.
- ✓ En cada toma de alimentos, procure establecer un balance entre alimentos ácidos y alcalinos. Por ejemplo, si toma un yogur, puede agregarle frutas crudas, tales como: plátano, fresas, mango... Si prepara una ensalada con vainitas (sería un alimento ácido porque se ingieren cocidas, para balancear le puede añadir tomate, apio, zanahoria (todos estos son alimentos alcalinos porque se consumen crudos).
- ✓ Prefiera consumir alimentos preparados al vapor, asados, salteados, al horno o a la plancha.
- ✓ Consuma preferentemente pescado fresco, pavita y pollo sin la piel y, carnes rojas ocasionalmente y sin la grasa.
- ✓ Consuma un huevo al día como fuente de proteína, preferentemente hervido (duro)
- ✓ Incluya muchas verduras y frutas frescas, preferiblemente crudas, sin sal ni azúcar añadida.
- ✓ Cocínelas en trozos grandes y hiérvalas con poca agua. No las cocine en exceso para evitar que pierdan las propiedades y su valor nutritivo. Para saltearlas se recomienda utilizar aceite vegetal (aceite de oliva o de girasol).
- ✓ Incluya en las ensaladas de verduras, como mínimo tres verduras de diferente color, idealmente cinco.
- ✓ Ingiera las frutas con estómago vacío (al iniciar el día, a media mañana o a media tarde), nunca después de las comidas. Si hace lo contrario, éstas se fermentan.
- ✓ Consuma tres unidades de fruta diferentes por día.
- ✓ Modere el consumo de grasas (embutidos, quesos mantecosos).
- ✓ Aumente la toma de grasas benéficas, que se encuentran presentes en alimentos como el maní, pecanas, almendras sin salar, nueces, semillas de sésamo, girasol y lino; palta, para favorecer la salud del corazón y de los vasos sanguíneos, venas y arterias.

- ✓ Evite alimentos envasados y comidas chatarras. Suprima las comidas rápidas como bocadillos, perritos calientes, pizzas, hamburguesas, ya que contienen mucha grasa.
- ✓ Evite las gaseosas y bebidas dulces artificiales. Prefiera agua y jugos naturales.
- ✓ Prefiera los panes, harinas y pastas integrales.
- ✓ Modere el consumo de frituras, tortas, galletas y otros productos similares
- ✓ Reduzca el consumo de sal diario, puede reemplazarla por aderezos naturales (limón, ajo) especias o hierbas aromáticas que ayudan a realzar el sabor, tales como: orégano, laurel, pimienta, comino, tomillo, albahaca, entre otras.
- ✓ Evite el uso de consomés, cubitos y sopas instantáneas porque contienen mucha sal.
- ✓ Revise las etiquetas de los alimentos procesados y evite comprar y consumir aquellos alimentos que indiquen alto contenido de grasas saturadas, azúcar o sal.

Disminuya el consumo de sal, grasas y azúcares para evitar el riesgo de enfermedades cardíacas y de accidentes cerebrovasculares, tanto en personas con hipertensión como en personas sanas.

- ✓ Consuma menestras (frijol, lenteja, arveja, garbanzo) al menos dos veces a la semana.
- ✓ Consuma vísceras, una vez por semana, para prevenir la anemia, especialmente hígado de res o pollo, bazo o bofe.
- ✓ Beba al menos ocho vasos de agua al día: (1) vaso de agua después de despertarse, (1) vaso de agua 30 minutos antes de una comida, (1) vaso de agua antes de tomar un baño, (1) vaso de agua antes de ir a la cama.
Puede calcular el número exacto de agua que requiere, si divide su peso entre 7. Por ejemplo, si pesa 75 Kg ÷ 7 = 10.7, entonces usted necesita tomar 10 vasos de agua por día.
- ✓ Evite tomar agua u otras bebidas heladas, especialmente después de las comidas.
- ✓ Evite tomar los alimentos a temperatura muy calientes o muy frías.
- ✓ Coma despacio y en bocados.
- ✓ Mastique bien los alimentos por ambos lados de la boca. No los trague hasta que estén bien deshechos y ensalivados.
- ✓ No se salte ninguna comida.
- ✓ "Desayune como un rey, almuerce como un príncipe y cene como un mendigo". Esta frase significa que, el desayuno, es una comida importante, por tanto, no debe pasarlo por alto, le sigue el almuerzo y la cena debiera ser muy ligera porque necesita prepararse para tener un buen descanso. Entre la última comida y la hora que se acuesta debe haber al menos dos horas que es el tiempo que dura el proceso de digestión.
- ✓ Recuerde que el desayuno es el principal alimento del día, consuma alimentos saludables como: pan integral, leche, jugos naturales, cereales y frutas y no vaya a su trabajo o a estudiar con solo una taza de café.
- ✓ Si tiene hambre entre comidas, tome agua o coma fruta.
- ✓ Si piensa que requiere de suplementos o complementos nutricionales, para aumentar la masa corporal, cubrir deficiencias nutricionales u otros fines, consulte con una nutricionista u otro profesional de la salud.
- ✓ Disfrute de comer junto con su familia.
- ✓ Retire todo equipo electrónico (televisor, radio, celular) mientras tome sus alimentos.
- ✓ Cepille siempre los dientes después de cada comida. Una dentadura fuerte y sana, que triture bien los alimentos, es el principio de una correcta nutrición.

La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia.

6. Bibliografía

Secretaría de Salud. Guía de Estilos de Vida Saludables en el Ámbito Laboral. Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A. Diciembre, 2016.

María Elena Álzate Hernández, Marcela Lucrecia Arango Lenis. Frutas y verduras. En: Guía Estilos de Vida Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. Medellín, Colombia, 2018. 81-123

Albuquerque F. PPT Sesión N° 4 Hábitos Saludables en Trastorno Bipolar. Programa Psicoeducativo de Pacientes con Trastorno Bipolar. Programa de Trastornos Afectivos de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Adultos y Adultos Mayores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima, 2018.

Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá, 21 de noviembre de 1986.

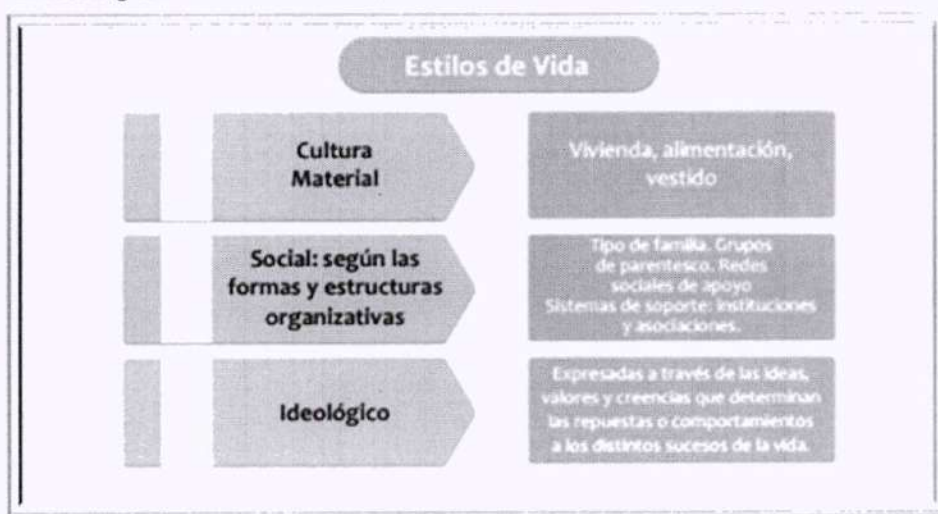
HÁBITOS SALUDABLES: SUEÑO

1. Fundamentación

El estilo de vida, es un comportamiento que una persona, grupo social o familia realiza de manera repetitiva, dependiendo de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión social y que tiene influencia sobre el individuo; que comprende tres aspectos interrelacionados entre sí:

- El material,
- El social y
- El ideológico.



De este modo, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo del individuo.

Actualmente se sabe que los estilos de vida, están íntimamente relacionados con la salud y se vinculan con muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles que se padecen en la actualidad.

El siguiente diagrama explica mejor el concepto de estilos de vida:



Los estilos de vida saludables se consideran como acciones repetitivas sobre un comportamiento. Si el comportamiento no es repetitivo entonces este se vuelve en una práctica o una acción aislada.

Los estilos de vida se construyen a partir de conductas que se repiten regularmente, se aprenden y son acogidas como parte de la rutina diaria de las personas. A estas conductas se les denomina hábitos.

Desde esta perspectiva, lo que el concepto de estilo de vida permite entender es que los comportamientos de las personas se estructuran en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural; por tanto, tienen un efecto de globalidad y no de comportamiento individual. Los estilos de vida saludables más comunes: alimentación saludable, actividad física, realice un buen descanso, controle el estrés, entre otros.

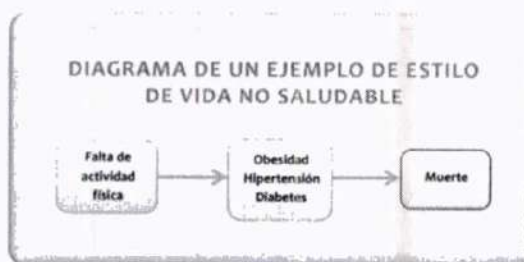
La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo.

Los **estilos de vida no saludables**, son acciones orientadas equivocadamente, donde las personas por falta de conocimiento de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan más por imitación o por falta de voluntad, cuando no hay conocimiento del daño que repercute en la salud de la persona.

Algunos estilos de vida no saludables son:

- a. Sedentarismo
- b. Desvelo o traspase
- c. Alimentación inadecuada
- d. El abuso del tabaco, alcohol y otras drogas
- e. El tiempo ocioso
- f. La vida sin objetivos o propósito
- g. Consumo de alimentos con exceso de colorantes, entre otros.



Los estilos de vida no saludables conllevan a que las personas contraigan enfermedades crónicas no transmisibles, tales como:

- a. Diabetes mellitus tipo 2
- b. Enfermedades cardiovasculares
- c. Cáncer
- d. Las enfermedades respiratorias crónicas y
- e. La enfermedad renal, etc.

Éstas, representan una importante carga de morbilidad, así como una estrecha relación causal que guardan con ciertos factores de riesgos evitables.

Dormir es una actividad inherente a la naturaleza humana. El sueño es un proceso activo y complejo, fundamental para mantener un correcto estado de salud física y mental. Las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también en relación con diversos factores interindividuales y genéticos.

El sueño se organiza en ciclos de 90 minutos aproximadamente, en los que alternan las fases de sueño no REM (fases I, II y III) y el sueño REM. En los primeros ciclos predomina el sueño de ondas lentas (fase III), mientras que al final de la noche lo hace el sueño REM. Al sueño no REM se le atribuyen funciones de conservación de la energía y recuperación del sistema nervioso: la secreción de la hormona de crecimiento, durante la fase III, es fundamental para la regeneración tisular. Esta fase del sueño es un estímulo para determinadas hormonas anabólicas que aumentan la síntesis de proteínas y movilizan los ácidos grasos libres para suministrar energía, evitando así el catabolismo de aminoácidos. Mejoras en las destrezas motoras se asocian con la fase II de sueño no REM y la densidad de la expresión de los husos de sueño (grafoelementos de sueño propios del sueño lento superficial N2). El sueño REM está implicado en funciones cognitivas: aprendizaje, consolidación de la memoria y regulación emocional.

Los problemas del sueño son una preocupación creciente para la salud pública mundial debido a que la falta de sueño se asocia con daños en la motivación, la emoción y el funcionamiento cognitivo, y con un mayor riesgo de enfermedades graves (por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, entre otras).

La higiene del sueño se define como un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable. Es muy importante, enseñar a todas las personas sanas o enfermas sobre hábitos de sueño saludables y animarlas a seguir una serie de recomendaciones para mejorar el sueño.

El grupo multidisciplinar de expertos de la National Sleep Foundation ha publicado recientemente un artículo con las nuevas recomendaciones sobre duración de sueño para los diferentes grupos de edad. El estado de bienestar y de salud física, emocional y cognitiva son los aspectos fundamentales que los expertos valoran para establecer los rangos de duración diaria de sueño:

- a. **Adultos jóvenes (18-25 años) y adultos de edad media (26-64 años).** Se recomienda una duración de sueño diaria de 7-9 horas. Se ha encontrado relación entre un sueño de corta duración y la presencia de fatiga diurna, afectación psicomotora, accidentes, deterioro de la salud física y psicológica y bajo rendimiento académico o laboral.
- b. **Ancianos (≥ 65 años).** Se recomienda una duración de sueño diaria de 7-8 horas. Las necesidades del sueño en el anciano difieren poco de las del adulto. Los ancianos que duermen las horas necesarias tienen mejor funcionamiento cognitivo, menos enfermedades físicas y mentales y mejor calidad de vida en general. Un sueño de una duración superior a nueve horas en el anciano se asocia a una mayor morbilidad (hipertensión, diabetes, fibrilación auricular...) y mayor mortalidad.

Los cambios sociales y tecnológicos que han acontecido en los últimos 40 años en las sociedades occidentales desarrolladas han derivado en que cada vez sean más las personas que sufren una privación crónica de sueño. La mayor deuda de sueño se produce habitualmente durante la semana laboral o escolar, con tendencia a alargar las horas de sueño de forma compensatoria durante el fin de semana.

Además de fatiga, cansancio y excesiva somnolencia diurna, la privación crónica de sueño produce cambios metabólicos, endocrinos e inmunológicos. Cada vez hay más evidencia científica de que la falta de sueño deriva en intolerancia a la glucosa y diabetes, incremento de la actividad del sistema nervioso simpático e hipertensión, o reducción en la secreción de leptina y obesidad. También se ha descrito la asociación de un sueño de corta duración con la aparición de enfermedades cardiovasculares, perfil lipídico aterogénico, calcificaciones en las arterias coronarias o diversos tipos de cáncer.

La relación entre sueño y mortalidad se ha descrito a menudo como una U, de tal forma que tanto un sueño de muy corta duración como uno de larga duración pueden ser contraproducentes para el estado de bienestar y la salud física y mental. Cappuccio et al, citado por Martínez M.A. demostraron que los dormidores cortos tienen un 12% más riesgo y los dormidores largos un 30% más riesgo de muerte que los que duermen las horas apropiadas.

No sólo la cantidad de horas de sueño es importante, sino que la calidad y la continuidad del sueño son fundamentales para que éste sea restaurador.

El proceso de envejecimiento conlleva variaciones en la macro y microestructura del sueño [38]. Con el paso del tiempo se observa un descenso en el tiempo total de sueño y en su eficiencia. El cambio más importante se produce en el sueño no REM, con un decremento significativo y progresivo del sueño lento profundo, que frecuentemente asocia un incremento compensador en la cantidad de sueño lento superficial. Los grafoelementos típicos del sueño no REM (husos del sueño, complejos K y ondas vértex) también disminuyen con la edad. Los cambios objetivados en el sueño REM, en cambio, son mucho más sutiles.

El sueño, para ser eficiente, ha de tener lugar dentro de unos horarios en los que el organismo esté fisiológicamente preparado para ello, y estos horarios van variando a lo largo de la vida. Comúnmente, del sueño polifásico propio de un recién nacido se pasa al sueño monofásico del adulto. Y el hecho es que muchas personas adultas se desesperan al no poder dormir de manera continuada a lo largo de la noche. Pero, ¿es esto posible o, por el contrario, se trata de una pretensión que por su misma naturaleza es contraria a nuestra fisiología y está inducida por el tipo de vida moderno?

Los ancianos pierden la capacidad de conseguir un sueño continuado, consolidado, lo que provoca que éste se redistribuya a lo largo de las 24 horas del día y sean frecuentes las siestas diurnas. Dentro de los factores causales está la reducción de la amplitud del marcapasos circadiano endógeno en el anciano, que asocia una disminución en el pico de secreción de melatonina nocturna, la aparición de diversas enfermedades, la polifarmacia y aspectos de tipo psicosocial.

Cada edad y cada persona presenta unos horarios de sueño propios en los que la eficiencia, duración y profundidad de sueño son óptimos; sin embargo, no siempre es fácil reconocer cuáles son estos horarios que dependen de nuestro tiempo interno. Los hábitos sociales y horarios de trabajo pueden interferir con ellos.

El horario para dormir viene determinado principalmente por un componente circadiano, que está regulado por el reloj biológico del hipotálamo. El sueño de calidad se inicia aproximadamente dos horas tras el comienzo de la producción de melatonina, que coincide aproximadamente con el inicio de la fase descendente de la temperatura corporal central y de la fase ascendente de la temperatura de la piel distal. Por su parte, el final del sueño ocurre espontáneamente unas dos horas después del inicio de la fase ascendente de la temperatura central y se asocia con una bajada en la temperatura de la piel distal y con el cese de la secreción de melatonina. Cuanto más se aleje el horario de sueño de esta ventana temporal, peor será su calidad.

Tratar de dormir durante el día, cuando el reloj biológico adapta nuestra fisiología y comportamiento para que desarrollemos la actividad diaria, es más difícil que por la noche. Durante el día, los ritmos de neurotransmisores cerebrales, temperatura central, melatonina, metabolismo y activación mental están programados para permanecer despiertos. Además, la luz solar, el ruido y la elevación de temperatura ambiental que se asocian al día son utilizadas por nuestro cerebro como claves temporales ambientales, contribuyendo aún más a dificultar el sueño diurno. Por este motivo, los trabajadores nocturnos duermen entre dos y cuatro horas menos, de media, que los diurnos. Y si bien consiguen mantener una buena proporción del sueño profundo, que es el más reparador, pierden un importante porcentaje del sueño en las fases más ligeras y del sueño REM, que es importante en la regulación del estado de ánimo y la memoria. Las personas que se ven obligadas a dormir durante el día muestran una mayor incidencia de trastornos digestivos, cardiovasculares, resistencia a la insulina, algunos tipos

La mayoría de los estudios epidemiológicos han concluido que tanto dormir muy poco como excesivamente durante la noche se asocia con alteraciones en la salud y un incremento en la mortalidad, siguiendo una típica curva en U; sin embargo, los estudios sobre el efecto de las siestas en la salud y la mortalidad han sido más controvertidos. En general, existe un cierto consenso de que las siestas de corta duración (< 20-30 min) potencian la alerta y mejoran el rendimiento cognitivo, sin afectar negativamente al sueño nocturno.

Alimentación y sueño son un binomio inseparable; al igual que lo que ingerimos y cuándo lo hacemos influye en la calidad del sueño, un sueño insuficiente o de mala calidad puede afectar nuestra conducta alimentaria.

Los alimentos y bebidas ingeridos proporcionan los ingredientes necesarios para sintetizar los diferentes neurotransmisores que intervienen en la vigilia y el sueño. Por ello es interesante conocer qué alimentos pueden ayudar a facilitar o dificultar el sueño e incluso el momento más propicio del día para consumirlos.

En la actualidad hay una creciente tendencia a dedicar menos horas al descanso nocturno, y la disminución de las horas de sueño se relaciona con un aumento en la obesidad.

La reducción del sueño supone un aumento en la producción de grelina, hormona que aumenta el apetito, y disminución de leptina, hormona que disminuye el apetito, y aparece un incremento de la ingesta calórica por la noche, con preferencia de alimentos de alta densidad energética como las grasas o hidratos de carbono refinados; al estar más cansados se reduce el ejercicio físico y aumenta el sedentarismo durante el día.

Las bebidas consideradas estimulantes, como café, té, guaraná, cacao, mate y colas, lo son porque contienen sustancias denominadas metilxantinas. Entre ellas, la cafeína es la más consumida a modo de café. En el chocolate o té, el contenido de cafeína es menor y su acción estimulante se debe al contenido en teobromina y teofilina, respectivamente. El mecanismo de acción se debe a su capacidad de antagonizar los receptores de adenosina en el cerebro, que es un neuromodulador inhibitorio involucrado en la propensión al sueño. Por lo tanto, son sustancias a evitar si queremos conseguir un sueño reparador, aunque el efecto final dependerá de la cantidad, la sustancia ingerida y la susceptibilidad personal a ellas.

Las comidas muy condimentadas con especias picantes tomadas por la noche perjudican el sueño por aumentar la temperatura corporal y la hipersecreción de jugo gástrico. Alimentos que producen dispepsias por flatulencia (legumbres), acidez (especias picantes, café y alcohol) o reflujo (chocolate, menta y comidas grasas) y las que tienen propiedades diuréticas (endibias, apio, berenjena o cebolla) pueden entorpecer el sueño.

En personas genéticamente predispuestas a intolerancias alimentarias como la fenilcetonuria, intolerancia a la lactosa, fructosa, histamina, gluten, glutamato monosódico, sulfitos, nitratos o favismo, y alérgicas o sensibles a determinados alimentos como los aditivos alimentarios, leche, huevos o pescado, marisco o fruta, la ingesta de estos alimentos pueden afectar al sueño produciendo picores, diarreas, erupciones, migrañas, entre otros.

Las bebidas alcohólicas la mayoría de las veces altera el sueño produciendo despertar precoz, apneas del sueño e insomnio. La cafeína tomada junto con las bebidas alcohólicas no evita los efectos nocivos del alcohol.

En las últimas horas del día debe evitarse tomar alimentos ricos en tirosina, como las frutas ricas en vitamina C (naranja o kiwi), bebidas como el té o el café, o carnes rojas y embutidos, dado que la tirosina es un aminoácido precursor de las catecolaminas y la dopamina, que son las que nos hacen permanecer despiertos. Se recomienda consumir estos productos durante la mañana.

Alimentos ricos en triptófano, aminoácido esencial para la formación de las hormonas principales que intervienen en el sueño (serotonina y melatonina), facilitarán el sueño. La serotonina es la principal hormona implicada en la regulación del sueño y debe ingerirse pre sintetizada en sustancias como el triptófano ya que como tal no atraviesa la barrera hematoencefálica. La melatonina induce y mantiene el sueño. El mejor momento del día para ingerirlos es la tarde o noche. Plátanos, piña o aguacate, leche, carne, huevos, pescado azul o frutos secos como las nueces son algunos de los alimentos con mayor contenido en triptófano. Deberá combinarse con otros que contengan ácidos grasos omega 3, magnesio, calcio, zinc y vitamina B e hidratos de carbono. Los primeros son relajantes musculares y necesarios para la conversión de triptófano a serotonina y melatonina en el cerebro, y estos últimos, los carbohidratos, desencadenan una respuesta en la secreción de insulina que mejora la biodisponibilidad del triptófano en el sistema nervioso central.

2. Definición

El sueño es un proceso activo y complejo, fundamental para mantener un correcto estado de salud física y mental. Las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también en relación con diversos factores interindividuales y genéticos.

La higiene del sueño se define como un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, mediante la cual se anima a las personas a seguir una serie de recomendaciones para mejorar el sueño.

3. Objetivos

Al término de la sesión de consejería de enfermería se espera que el paciente adulto/adulto mayor o familiar estén en capacidad de:

- Mencionar los beneficios del sueño.
- Reconocer la importancia de la cantidad y calidad del sueño para mantener la salud.
- Enunciar las recomendaciones de la higiene del sueño.
- Comprometerse a incorporar las pautas de higiene del sueño para conseguir un sueño reparador.

4. Instrucciones para la Enfermera

- Salude cordialmente al paciente adulto/adulto mayor y/o familiar y preséntese.
- Corrobore la identificación de cada uno de los usuarios.
- Expresa una frase amable que denote el interés que usted tiene para ayudarlos.
- Indague si conocen el motivo de la consejería.
- Explique el motivo por el cual el médico tratante lo ha derivado para consejería de enfermería.
- Explore acerca de algunos hábitos relacionados con descanso y sueño:

¿Tiene un patrón de sueño establecido? (hora que se acuesta y levanta)

Pida, le describa la rutina que practica cuando se dispone ir a dormir

Horario de la última comida

Habitualmente, ¿En qué consiste la cena?

¿Cuántas horas duerme por la noche?

¿El sueño es interrumpido? ¿Por cuáles motivos?

¿Qué hace cuando no puede dormir?

¿Hace siesta?

¿Qué tiempo dura la siesta?

- Refuerce las conductas correctas de higiene del sueño.
- Evite juzgar las prácticas que no concuerdan con la higiene de un sueño saludable, es decir, no emita juicio señalando que son "malas", incorrectas, no saludables.
- Informe que, para mantener la salud, necesita aprender pautas para un sueño saludable.
- Si el paciente o familiar ya ha recibido instrucción acerca de hábitos saludables, excluya ese tema.
- Ofrezca instrucción acerca de:

Definición de hábitos saludables y sus beneficios para mantener la salud.

Definición de hábitos no saludables.

Definición de sueño.

Beneficios de un sueño saludable.

Riesgos para la salud si no duerme bien.

Higiene del sueño.

El paciente puede seguir la lectura del material educativo proporcionado, mientras usted le brinda la instrucción.

- Ratifique que la instrucción ha sido comprendida por el paciente y/o familiar.
- Defina el compromiso del paciente y/o familiar para implementar las pautas de higiene del sueño.
- Programa la cita para otra sesión de consejería de enfermería, si fuera el caso.
- Despida cordialmente al paciente y/o familiar.
- Registre la consejería realizada en el Sistema MentalCom, indicando los hallazgos, la intervención de enfermería y los acuerdos que ha llegado establecer con el paciente y/o familiar.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué se entiende por hábitos saludables?

Los *hábitos saludables*, son un conjunto de *patrones de conductas* que las personas tienen asumidas como *propias en su vida diaria* y que *intervienen positivamente* en su *bienestar físico, mental y social*. La persona está posibilitada o limitada por factores socioculturales y características personales. Ej. la práctica habitual de actividad física, comer sano.

¿Qué son los hábitos No saludables?

Los *hábitos no saludables*, son *acciones orientadas equivocadamente*, donde las personas *por falta de conocimiento* de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan *más por imitación o por falta de voluntad*, cuando no hay conocimiento del *daño que repercute en la salud de la persona*. Por ejemplo: sedentarismo, desvelo o traspase, alimentación inadecuada.

¿Qué es el sueño?

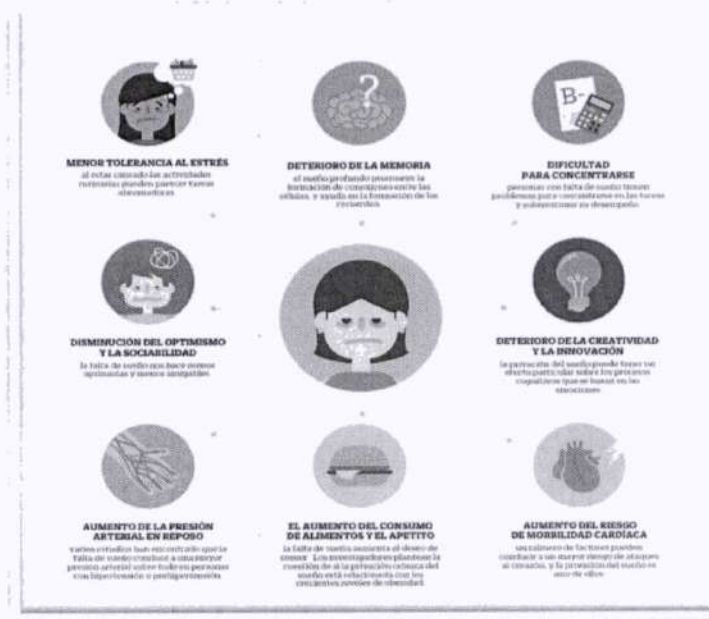
Dormir es una actividad inherente a la naturaleza humana. El sueño es un proceso activo y complejo, fundamental para mantener un correcto estado de salud física y mental. Las necesidades de sueño varían a lo largo de la vida, fundamentalmente en relación con la edad, pero también en relación con diversos factores interindividuales y genéticos.

¿Cuáles son los beneficios del sueño?

Necesitamos dormir para:

- Tener un buen estado de salud
- Pensar con claridad, reaccionar con rapidez y crear recuerdos.
- Resolver problemas en forma creativa.
- Tener buen estado de ánimo.
- Evitar que se enferme y a recuperarse cuando está enfermo porque el sueño ayuda al sistema inmunológico a combatir las infecciones.
- Mejor aprendizaje.
- Tomar decisiones correctas, entre otros.

¿Cuáles son los efectos nocivos del sueño?



*Mientras menos duerme una persona,
mayor es la probabilidad de que aumente de
peso o sufra obesidad, desarrolle diabetes y
prefiera comer alimentos con alto contenido
de calorías y carbohidratos.*

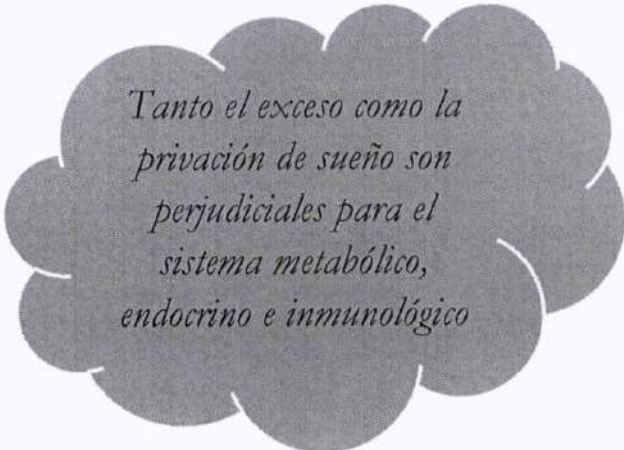
Higiene del sueño

La higiene del sueño se refiere a un conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable.

¡Lo animamos a seguir las siguientes recomendaciones para mejorar el sueño!

- a. Fije una hora para acostarse y levantarse.
- b. Acuéstese y levántese siempre a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana
- c. Regularice el horario de despertar: no más de dos horas de diferencia entre días de trabajo, fin de semana y días feriado.
- d. Duerma ocho horas diarias.
- e. No haga siesta. Ésta, contribuye a una mayor dificultad para dormir por la noche o a un sueño más fragmentado y corto.
- f. Si lo hace, limite la siesta a un máximo de 20-30 minutos. No duerma siestas después de las 3:00 p.m.; las siestas a última hora de la tarde pueden hacer que sea más difícil dormirse por la noche.
- g. Evite la cafeína y la nicotina. Los efectos estimulantes de la cafeína presentes en el café, los refrescos con cola, ciertos té y el chocolate pueden demorar hasta 8 horas en irse completamente. La nicotina también es un estimulante.
- h. Evite las bebidas alcohólicas antes de acostarse. Una "copa en la noche" puede ayudarlo a dormirse, pero el alcohol lo mantiene en la etapa más liviana del sueño. Además, es normal que se despierte en la mitad de la noche cuando los efectos sedantes hayan desaparecido.
- i. Evite comidas y bebidas abundantes a altas horas de la noche. Una comida pesada puede causar indigestión, lo que, a su vez, puede interferir en el sueño. Beber mucho líquido durante la noche puede hacer que se levante frecuentemente para orinar.
- j. Ingiera por la tarde, alimentos ricos en triptófano (ayuda a que el cerebro segregue unas hormonas que favorecen el sueño) como lácteos, plátanos, carne, pescado azul o frutos secos (nueces), así como hidratos de carbono de absorción lenta, como la miel en pequeña cantidad y el pan integral.
- k. Evite los alimentos, como la carne roja, los huevos y el jamón, o ricos en vitamina C, como el kiwi o las naranjas a últimas horas de la noche.
- l. Evite los alimentos que producen gases, acidez o reflujo (cebolla, pimienta, frutas ácidas, café, chocolate, pan procesado, tortas, galletas, dulces en general, frituras)
- m. Acuéstese dos horas después de cenar como mínimo.
- n. Evite los medicamentos que retrasan o alteran el sueño, si es posible. Algunos medicamentos comúnmente recetados para el corazón, la presión arterial o el asma, como también ciertos remedios a la venta sin receta médica o a base de hierbas para la tos, el resfriado o las alergias, pueden alterar los patrones de sueño.
- o. En el caso de estar muy falto de sueño, duerma durante unos 90 minutos seguidos, para despertar al final de un ciclo completo de sueño.
- p. Trate de salir para aprovechar la luz solar natural durante, por lo menos, 30 minutos todos los días. La luz del día es clave para regular los patrones de sueño diarios.

- q. El ejercicio es bueno, pero no demasiando tarde en el día. Trate de hacer, por lo menos, 30 minutos de ejercicio la mayoría de los días, pero no más tarde de 2 a 3 horas antes de acostarse.
- r. Limite el uso de televisión, computadora y teléfono celular en la habitación y por la noche, al menos una hora antes de dormir. Son activadores y su luz estimula el sistema nervioso central, empeorando la conciliación del sueño.
- s. Realice una actividad relajante, como leer o escuchar música, debe formar parte de su ritual a la hora de dormir.
- t. Tome un baño tibio antes de acostarse. La disminución en la temperatura corporal después del baño puede ayudar a que le dé sueño, y el baño puede ayudarlo a relajarse.
- u. Cree un buen ambiente para dormir. Deshágase de las cosas de su habitación que puedan distraerlo, como los ruidos (si es necesario, use tapones), las luces brillantes (si es necesario, use antifaz), una cama incómoda, un televisor o una computadora. Además, mantener la temperatura de su habitación fresca (18°C) puede ayudarlo a dormir mejor, abríguese los pies.
- v. No permanezca despierto en la cama. Si todavía está despierto después de permanecer en la cama durante más de 20 minutos, levántese y realice alguna actividad relajante hasta que le dé sueño. Si está ansioso por no poder conciliar el sueño, es probable que le cueste más dormir.
- w. Visite a su médico si continúa teniendo problemas para dormir. Si normalmente se siente cansado o siente que no ha descansado bien a pesar de pasar el tiempo suficiente en la cama durante la noche, es posible que tenga algún trastorno del sueño. Su médico podrá ayudarlo.



*Tanto el exceso como la
privación de sueño son
perjudiciales para el
sistema metabólico,
endocrino e inmunológico*

6. Bibliografía

Martínez M.A. ¿Cuánto hay que dormir para un sueño saludable? Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. En: Revista de Neurología. Vol. 63, Supl. 2, octubre 2016. p: 56-59.

Madrid J.A. Importancia de los horarios de sueño. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. En: Rev Neurol octubre 2016; 63 (Supl 2), p: 510-511.

Canet T. Sueño y alimentación. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. En: Rev Neurol octubre 2016; 63 (Supl 2), p: 517-518.

HÁBITOS SALUDABLES: ACTIVIDAD FÍSICA

1. Fundamentación

El estilo de vida, es un comportamiento que una persona, grupo social o familia realiza de manera repetitiva, dependiendo de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión social y que tiene influencia sobre el individuo; que comprende tres aspectos interrelacionados entre sí:

- El material,
- El social y
- El ideológico.



De este modo, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo del individuo.

Actualmente se sabe que los estilos de vida, están íntimamente relacionados con la salud y se vinculan con muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles que se padecen en la actualidad.

El siguiente diagrama explica mejor el concepto de estilos de vida:



Los estilos de vida saludables se consideran como acciones repetitivas sobre un comportamiento. Si el comportamiento no es repetitivo entonces este se vuelve en una práctica o una acción aislada.

Los estilos de vida se construyen a partir de conductas que se repiten regularmente, se aprenden y son acogidas como parte de la rutina diaria de las personas. A estas conductas se les denomina hábitos.

Desde esta perspectiva, lo que el concepto de estilo de vida permite entender es que los comportamientos de las personas se estructuran en función de su pertenencia a un determinado sector sociocultural; por tanto, tienen un efecto de globalidad y no de comportamiento individual. Los estilos de vida saludables más comunes: alimentación saludable, actividad física, realice un buen descanso, controle el estrés, entre otros.

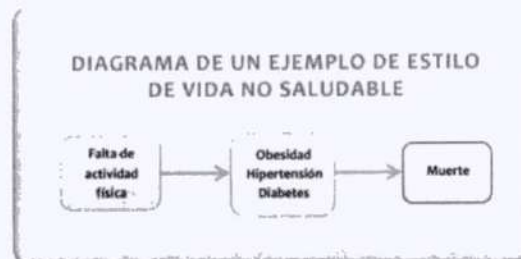
La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo.

Los **estilos de vida no saludables**, son acciones orientadas equivocadamente, donde las personas por falta de conocimiento de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan más por imitación o por falta de voluntad, cuando no hay conocimiento del daño que repercute en la salud de la persona.

Algunos estilos de vida no saludables son:

- a. Sedentarismo
- b. Desvelo o traspase
- c. Alimentación inadecuada
- d. El abuso del tabaco, alcohol y otras drogas
- e. El tiempo ocioso
- f. La vida sin objetivos o propósito
- g. Consumo de alimentos con exceso de colorantes, entre otros.



Los estilos de vida no saludables conllevan a que las personas contraigan enfermedades crónicas no transmisibles, tales como:

- a. Diabetes mellitus tipo 2
- b. Enfermedades cardiovasculares
- c. Cáncer
- d. Las enfermedades respiratorias crónicas y
- e. La enfermedad renal, etc.

Éstas, representan una importante carga de morbilidad, así como una estrecha relación causal que guardan con ciertos factores de riesgos evitables.

La actividad física es un factor importante que contribuye a la salud física y mental.

Cabe mencionar, que no es lo mismo la actividad física que hacer ejercicio. La **actividad física** es cualquier movimiento corporal, voluntario, repetitivo y producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía, p. ej., sentarse, caminar, subir por las escaleras, entre otras. La cultura del movimiento se relaciona con la manera en que las personas incorporan comportamientos y conductas que implican actividad en todos los momentos del día para garantizar que el cuerpo esté en movimiento. Al moverse, cada día, las personas cuidan su salud, aumentan su bienestar y calidad de vida; se sienten felices. En cambio, **el ejercicio** se refiere a un movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo.

La práctica regular de actividad física y de ejercicio aun siendo de intensidad moderada, puede reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades cardiovasculares, evita el sobrepeso, la obesidad y disminuye el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y otro tipo de enfermedades. Se debe realizar actividad física, al menos 30 minutos al día, 5 veces a la semana (150 minutos a la semana), ya que cuando se hace, mejora la oxigenación, la circulación y los músculos de nuestro cuerpo se fortalecen y mejora la calidad de vida.

Si va a practicar algún deporte, recuerde consultar a su médico, seguir un plan de entrenamiento elaborado por un profesional e hidratarse adecuadamente antes y después de la actividad.

El estilo de vida inactivo también condiciona obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. La actividad física se debe estimular como factor preventivo y terapéutico.

Es importante sugerir a las personas que elijan una actividad que les agrade, como caminar con marcha rápida, bicicleta (normal o fija), natación, gimnasia aeróbica, trote, deportes aeróbicos, etc.

Una práctica correcta de actividad física y ejercicio produce efectos positivos sobre algunos sistemas y aparatos de nuestro organismo:

- a. Aparato Locomotor.
- b. Sistema Cardiovascular.
- c. Sistema Respiratorio.
- d. Sistema Broncopulmonar.
- e. Sistema Nervioso.

Beneficios físicos:

- a. Desarrolla resistencia física y fuerza muscular.
- b. Mantiene un nivel adecuado de funcionalidad.
- c. Disminuye el cansancio y la fatiga en las actividades diarias.
- d. Aumenta la sensación de bienestar corporal.
- e. Mejora la apariencia física.
- f. Preserva la salud de los huesos y contribuye al movimiento de las articulaciones.
- g. Aminorar el riesgo de caídas y por ende el de fracturarse los huesos.
- h. Fortalece el corazón y los vasos sanguíneos.
- i. Ayuda a controlar el peso.
- j. Regula el nivel de colesterol, los triglicéridos y el azúcar de la sangre.
- k. Logra que cada órgano (cerebro, riñones, intestino, etc.) del cuerpo funcione en condiciones óptimas.
- l. Mantiene las cifras de la presión arterial en rangos normales.
- m. Previene problemas respiratorios y contribuye a su tratamiento.
- n. Reduce el riesgo de desarrollar hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes, osteoporosis y algunos tipos de cáncer.
- o. Menor posibilidad de enfermar y de morir por cualquier causa.

Beneficios psicológicos y mentales:

- a. Mejora el estado de ánimo.
- b. Reduce el riesgo de depresión.
- c. Disminuye el estrés.
- d. Reduce los estados de ansiedad.
- e. Aumenta la autoestima.
- f. Fortalece la imagen corporal positiva.
- g. Mejora el desempeño y la satisfacción sexual.

- h. Aumenta la productividad.
- i. Mejora las capacidades cognitivas.
- j. Hace posible conciliar más rápidamente el sueño, descansar y dormir mejor.
- k. Aumenta el nivel de satisfacción en el estudio, trabajo y otros ámbitos de la vida diaria.
- l. Fortalece la imagen corporal positiva.
- m. Mejora la autoestima y el estado de ánimo.
- n. Mejor disposición para establecer nuevas relaciones con otras personas y hacer amigos.
- o. Fortalece los vínculos afectivos.
- p. Mejor disposición para resolver problemas.

El tipo de ejercicio indicado depende de la edad, el estado físico y de la motivación o interés de la propia persona. Las sesiones de entrenamiento deben iniciarse con un precalentamiento suave de 5 a 10 minutos y finalizar con un período semejante de enfriamiento (flexiones, estiramiento de los músculos para evitar lesiones y dolores).

La práctica de actividad física incluye los siguientes elementos: frecuencia, intensidad, duración y tipo. Estos deben tenerse en cuenta al momento de iniciar un plan de actividad física pues determinan los beneficios que se obtienen. Las recomendaciones que se realizan sobre estos elementos varían de acuerdo con las necesidades individuales; que están definidas, entre otras, por el momento del curso de vida.

Beneficios según las características de la actividad física

Intensidad de la actividad física	Minutos semanales de actividad física moderada	Minutos semanales de actividad física vigorosa	Beneficios
Inactivo	0	0	Ninguno
Nivel bajo	<150	<75	Algunos
Nivel medio	150 a 300	75 a 150	Sustanciales
Nivel alto	>300	>150	Adicionales

Adaptada de: Hábitos y estilos de vida saludable. Tomo 2. P.48. (Ver referencia 3).

Los trabajos aeróbicos recomendados en adultos con afecciones físicas o mentales, se plasman en la mejora de la capacidad del músculo para obtener energía de las fuentes aeróbicas. Se aumenta el contenido de mioglobina (proteína que da el oxígeno, liberándolo cuando hay déficit), el volumen y el número de mitocondrias de las células musculares.

El trabajo de resistencia incrementa poco la capacidad de fuerza del músculo; pero el trabajo de fuerza permitirá un mayor engrosamiento de las fibras musculares, aumentando la capacidad circulatoria y extrayendo más oxígeno de la sangre.

Requerimientos de actividad física por curso de vida

	Primera infancia	Adolescencia	Adulto mayor
			
Intensidad	Moderada	Cualquier intensidad	Moderada
Duración (Dedicación mínima de minutos)	30 minutos	180 minutos	60 minutos
Duración (Dedicación mínima de minutos/semana)	150 minutos	900 minutos	300 minutos

Elaboración propia. Secretaría de Salud de Medellín, 2017.

Realizar actividad física con una intensidad moderada no requiere de una gran cantidad de esfuerzo; se puede realizar diariamente durante el tiempo libre, logrando así, acelerar el ritmo cardiaco, activar el cuerpo y generar todos sus beneficios. Por ejemplo: caminar a paso rápido,

bailar, montar en bicicleta, bicicleta estacionaria, realizar actividades como jardinería, barrer, trapear, jugar con los niños, pasear a la mascota, y otros quehaceres del hogar.

La actividad física vigorosa o intensa demanda mayor cantidad de esfuerzo. Por ejemplo: deportes y juegos como el fútbol, baloncesto y voleibol; rutina de aeróbicos, desplazamiento rápido en bicicleta, natación rápida, etc.

La actividad física que se practica con una intensidad vigorosa puede hacerse durante 3 días a la semana. Si la intensidad es moderada se necesita dedicar al menos 5 días. Lo ideal es que a lo largo de la semana se pueda acumular mínimo 150 minutos pues así se alcanzan mayores beneficios en la salud.

La actividad física debe ser progresiva en su duración, intensidad y frecuencia: se puede comenzar con sesiones de 5 a 10 minutos e ir aumentando lentamente a 15, 30 o más minutos, tres veces por semana o diariamente. Se debe evitar la actividad física extenuante o muy prolongada. También se puede dividir la actividad en dos o tres sesiones de 10 a 15 minutos cada una. Empezar con dos sesiones semanales de 10 a 15 minutos y aumentar gradualmente la frecuencia y duración, de acuerdo a la capacidad de cada uno, hasta llegar a lo recomendado. Si la persona ha estado inactiva, debe comenzar a realizar ejercicios suaves y por períodos cortos (de 5 a 10 minutos), los que irá aumentando gradualmente hasta llegar a 30 o más minutos diarios. Actualmente se reconoce que realizar pequeños bloques de ejercicios varias veces al día es igualmente beneficioso.

En los adultos mayores y en personas con afecciones cardíacas, diabetes o hipertensión arterial, son recomendables las prácticas aeróbicas como caminar, trotar, la natación, el tenis, el fútbol. No es conveniente el trabajo muscular anaeróbico e isométrico (las carreras rápidas, subir cerros o escaleras, levantar pesas).

Durante el ejercicio, la frecuencia cardíaca debe ser de un 50 a un 70% de la frecuencia cardíaca máxima (FCM).

¿Cómo calcular la FCM?

A 220, réstele su edad. Ejemplo: Si tiene 34 años: $220 - 34 = 186$. Su FCM es de 186 latidos por minuto. Es decir, debe mantener una frecuencia cardíaca entre 93 y 130 latidos por minuto (50 y 70% de 186, respectivamente). Si está por debajo de 93, el ejercicio no tiene efecto. Si está por encima de 130, debe reducir la intensidad de la actividad.

Si su frecuencia cardíaca está por debajo de 93, debe aumentar la intensidad del ejercicio para que este tenga efecto. Si su frecuencia cardíaca está por encima de 130, debe reducir la intensidad del ejercicio.

El ejercicio está contraindicado cuando hay una retinopatía proliferativa, una nefropatía o una hipertensión severas.

- La disminución de la sensibilidad y las úlceras de las extremidades inferiores, las amputaciones o deformaciones, no permiten algunos ejercicios (trote, fútbol, etc.)
- Es recomendable que las personas mayores de 35 años se hagan un electrocardiograma de esfuerzo (ECG), especialmente si presentan signos de daño cardiovascular e hipertensión arterial.
- En caso de alteraciones, deberían entrar al plan de ejercicios para personas con enfermedades cardíacas.

Como ya se ha mencionado, es muy importante destacar que todas las actividades de la vida diaria, como caminar, los quehaceres del hogar, salir de compras, jugar con los niños, visitar a los familiares y pasear con ellos, o realizar actividades laborales que impliquen esfuerzo físico, son beneficiosas para las personas que tienen diabetes u otras afecciones crónicas y que, todas ellas son capaces de efectuarlas.

Una de las actividades físicas completa y, por tanto, permitirá que las personas obtengan los beneficios en la salud física y mental, sin mucho esfuerzo, es **caminar**. A continuación, se describe todas las recomendaciones a seguir para esta actividad.

¿CÓMO CAMINAR?

- Haga un espacio en su rutina diaria para caminar, solo por el placer de caminar.
- Utilice ropa ligera (buzo) y zapatos cómodos (zapatillas)
- Camine cuando ya no haya sol (6.00 a.m. o 6.00 p.m.)
- No lleve consigo nada, ni siquiera agua.
- De preferencia, camine acompañado.
- Camine preferentemente donde haya áreas verdes y el terreno sea plano.
- Lleve la cabeza erguida, los hombros hacia atrás y evite encorvarse.
- Camine con intensidad moderada (ni rápido, ni lento)
- Concéntrese en la respiración y en su cuerpo mientras camina.
- No se detenga por ningún motivo, si hubiera un semáforo, haga paso ligero en su sitio hasta que cambie la luz para continuar.

La meta es 3 km. por día que equivalen a 30 cuerdas (15 cuerdas de ida y 15 de regreso) ésta, la logrará gradualmente. Puede ir aumentando el número de cuerdas cada semana o quincenalmente, según sea su rendimiento físico. Los 3 km. le tomarán entre 50 minutos a una hora.

¡Disfrute de la caminata!

Fuente: Albuquerque F. Hábitos saludables. Programa Psicoeducativo de Pacientes con Trastornos Afectivos. Consulta Externa de la DEIDAEA-AM, INSM "HD-HN", 2018.

2. Definición

Hábitos saludables

Los *hábitos saludables*, son un conjunto de *patrones de conductas* que las personas tienen asumidas como *propias en su vida diaria* y que *intervienen positivamente* en su *bienestar físico, mental y social*. La persona está posibilitada o limitada por factores socioculturales y características personales. Ej. la práctica habitual de actividad física, comer sano.

Actividad física

La actividad física es cualquier movimiento corporal, voluntario, repetitivo y producido por los músculos esqueléticos que exige gasto de energía, p. ej., sentarse, caminar, subir por las escaleras, entre otras.

La cultura del movimiento se relaciona con la manera en que las personas incorporan comportamientos y conductas que implican actividad en todos los momentos del día para garantizar que el cuerpo esté en movimiento. Al moverse, cada día, las personas cuidan su salud, aumentan su bienestar y calidad de vida; se sienten felices.

3. Objetivos

Al finalizar la sesión de consejería de enfermería, se espera que el paciente adulto/adulto mayor o el familiar sean capaces de:

- a. Exponer las diferencias existentes entre actividad física y ejercicio.
- b. Reconocer la importancia de realizar actividad física todos los días con una intensidad moderada o vigorosa, y una duración que llegue gradualmente hasta 30 minutos y que

pueda extenderse hasta incluso 60 minutos, dependiendo del momento del curso de vida, de las necesidades individuales y del disfrute.

- c. Mencionar los beneficios físicos, psicológicos y mentales de la actividad física y el ejercicio.
- d. Evidenciar que la actividad física se puede realizar diariamente en los diferentes entornos en los que transcurre la vida y a través de actividades cotidianas que no requieren de tiempo libre.
- e. Sensibilizar al familiar acerca de la importancia de su rol para el aprendizaje de la cultura del movimiento por parte del paciente.

4. Instrucciones para la Enfermera

- a. Salude cordialmente al paciente adulto/adulto mayor y/o familiar y preséntese.
- b. Corrobre la identificación de cada uno de los usuarios.
- c. Exprese una frase amable que denote el interés que usted tiene para ayudarlos.
- d. Indague si conocen el motivo de la consejería.
- e. Explique el motivo por el cual el médico tratante lo ha derivado para consejería de enfermería.
- f. Evaluación de medidas antropométricas del paciente: peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
- g. Explore la práctica de actividad física o ejercicio:

¿Cuál es la diferencia entre actividad física y ejercicio?

Pida, le describa su rutina diaria desde que se levanta hasta que se acuesta

¿Realiza alguna actividad física o ejercicio específicos?

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántos días a la semana y durante qué tiempo?

Si la respuesta es negativa: ¿Qué le impide realizar actividad física?

¿Asiste al gimnasio?, ¿Con qué frecuencia?, ¿Hace cuánto tiempo asiste al gimnasio?, ¿Cuál es la rutina en el gimnasio?, ¿En qué tiempo ejecuta la rutina?, ¿Disfruta de esa actividad?

¿Cuáles son los beneficios de la actividad física?

¿Qué actividad física es de su preferencia?

¿Tiene motivación para realizar actividad física en su vida diaria?

¿Le gustaría hacer del caminar una rutina de actividad física?

- h. Refuerce las conductas correctas relacionadas con la actividad física.
- i. Evite juzgar el hecho de no realizar actividad física, es decir, no emita juicio señalando que es "malo", incorrecto, no saludable.
- j. Informe que, para conservar su salud, necesita aprender a mantener su cuerpo en movimiento.
- k. Si el paciente o familiar ya recibió instrucción acerca de hábitos saludables, excluya esos tópicos.
- l. Ofrezca instrucción acerca de:
 - o Definición de hábitos saludables y sus beneficios para mantener la salud.
 - o Definición de hábitos no saludables.
 - o Definición de actividad física y ejercicio, así como sus diferencias.
 - o Beneficios físicos, psicológicos y mentales de la actividad física y el ejercicio.
 - o Riesgos para la salud si lleva una vida sedentaria.
 - o Recomendaciones para realizar actividad física.
 - o Ponga énfasis en la necesidad de incorporar la actividad física como parte de su rutina diaria.
 - o Exhorte a caminar diariamente o al menos 3 días a la semana.

El paciente puede seguir la lectura del material educativo proporcionado, mientras usted le brinda la instrucción.

- m. Confirme que la instrucción ha sido comprendida por el paciente y/o familiar.
- n. Defina el compromiso del paciente y/o familiar para implementar la actividad física en su vida cotidiana y evitar riesgos para su salud.
- o. Programe la cita para otra sesión de consejería de enfermería, si fuera el caso.

- p. Despida cordialmente al paciente y/o familiar.
- q. Registre en el Sistema MentalCom la consejería realizada, indicando los hallazgos, la intervención de enfermería y los acuerdos que ha llegado establecer con el paciente y/o familiar.

5. Instrucciones para el paciente o familiar

¿Qué se entiende por hábitos saludables?

Los *hábitos saludables*, son un conjunto de *patrones de conductas* que las personas tienen asumidas como *propias en su vida diaria* y que *intervienen positivamente* en su *bienestar físico, mental y social*. La persona está posibilitada o limitada por factores socioculturales y características personales. Ej. la práctica habitual de actividad física, comer sano.

¿Qué son los hábitos No saludables?

Los *hábitos no saludables*, son *acciones orientadas equivocadamente*, donde las personas *por falta de conocimiento* de las consecuencias que se originan cuando se practican en forma repetitiva y que se realizan *más por imitación o por falta de voluntad*, cuando no hay conocimiento del *daño que repercute en la salud de la persona*. Por ejemplo: sedentarismo, desvelo o traspase, alimentación inadecuada.

¿Qué beneficios puede lograr si realiza actividad física?

Beneficios físicos:

- a. Desarrolla resistencia física y fuerza muscular.
- b. Mantiene un nivel adecuado de funcionalidad.
- c. Disminuye el cansancio y la fatiga en las actividades diarias.
- d. Aumenta la sensación de bienestar corporal.
- e. Mejora la apariencia física.
- f. Preserva la salud de los huesos y contribuye al movimiento de las articulaciones.
- g. Aminorar el riesgo de caídas y por ende el de fracturarse los huesos.
- h. Fortalece el corazón y los vasos sanguíneos.
- i. Ayuda a controlar el peso.
- j. Regula el nivel de colesterol, los triglicéridos y el azúcar de la sangre.
- k. Logra que cada órgano (cerebro, riñones, intestino, etc.) del cuerpo funcione en condiciones óptimas.
- l. Mantiene las cifras de la presión arterial en rangos normales.
- m. Previene problemas respiratorios y contribuye a su tratamiento.
- n. Reduce el riesgo de desarrollar hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes, osteoporosis y algunos tipos de cáncer.
- o. Menor posibilidad de enfermar y de morir por cualquier causa.

Beneficios psicológicos y mentales:

- a. Mejora el estado de ánimo.
- b. Reduce el riesgo de depresión.
- c. Disminuye el estrés.
- d. Reduce los estados de ansiedad.
- e. Aumenta la autoestima.
- f. Fortalece la imagen corporal positiva.
- g. Mejora el desempeño y la satisfacción sexual.
- h. Aumenta la productividad.
- i. Mejora las capacidades cognitivas.
- j. Hace posible conciliar más rápidamente el sueño, descansar y dormir mejor.

- k. Aumenta el nivel de satisfacción en el estudio, trabajo y otros ámbitos de la vida diaria.
- l. Mejor disposición para establecer nuevas relaciones con otras personas y hacer amigos.
- m. Fortalece los vínculos afectivos.
- n. Mejor disposición para resolver problemas.

¿A qué riesgos está expuesto si No realiza actividad física?

El estilo de vida inactivo o sedentarismo condiciona a contraer enfermedades de larga duración, tales como:

- a. Obesidad
- b. Diabetes
- c. Hipertensión arterial
- d. Enfermedades cardiovasculares
- e. Dislipidemia (niveles de colesterol en sangre elevados)

¿Qué recomendaciones puede seguir usted para incorporar la actividad física a su vida diaria?

- a. Elija la actividad física o ejercicio de su preferencia y que le sea placentera.
- b. Realice preferentemente ejercicios aeróbicos (entrenamiento de la capacidad cardiorrespiratoria): caminar, bailar, montar en bicicleta, bicicleta estacionaria, nadar, entre otros.
- c. Practique la actividad física en forma metódica y continuada en el tiempo por espacio de 30 minutos como mínimo y al menos tres días a la semana, mejor si son cinco. Al comienzo hasta adaptarse, puede hacerlo interdiario, p. ej., lunes, miércoles y viernes.
- d. Aumente progresivamente la actividad física en **duración, intensidad y frecuencia**: puede comenzar con sesiones de 5 a 10 minutos e ir aumentando gradualmente a 15, 30 o más minutos, tres veces por semana o diariamente. Lo ideal es que a lo largo de la **semana pueda acumular mínimo 150 minutos**, así alcanzará mayores beneficios en la salud, sin embargo, con 90 minutos puede lograr los beneficios.
- e. Realice la actividad física ininterrumpidamente durante 10 a 12 semanas y podrá ver los beneficios señalados.
- f. Si ha elegido como actividad física: **caminar**, siga las siguientes recomendaciones:

¿CÓMO CAMINAR?

- ➊ Haga un espacio en su rutina diaria para caminar, solo por el placer de caminar.
- ➋ Utilice ropa ligera (buzo) y zapatos cómodos (zapatillas)
- ➌ Camine cuando ya no haya sol (6.00 a.m. o 6.00 p.m.)
- ➍ No lleve consigo nada, ni siquiera agua.
- ➎ De preferencia, camine acompañado.
- ➏ Camine preferentemente donde haya áreas verdes y el terreno sea plano.
- ➐ Lleve la cabeza erguida, los hombros hacia atrás y evite encorvarse.
- ➑ Camine con intensidad moderada (ni rápido, ni lento)
- ➒ Concéntrese en la respiración y en su cuerpo mientras camina.
- ➓ No se detenga por ningún motivo, si hubiera un semáforo, haga paso ligero en su sitio hasta que cambie la luz para continuar.

La meta es 3 km. por día que equivalen a 30 cuadras (15 cuadras de ida y 15 de regreso) ésta, la logrará gradualmente. Puede ir aumentando el número de cuadras cada semana o quincenalmente, según sea su rendimiento físico. Los 3 km. le tomarán entre 50 minutos a una hora.

¡Disfrute de la caminata!

Fuente: Albuquerque F. Hábitos saludables. Programa Psicoeducativo de Pacientes con Trastornos Afectivos. Consulta Externa de la DEIDAEA-AM, INSM "HD-HN", 2018.

Si ha estado inactiva, comience a realizar ejercicios suaves y por períodos cortos (de 5 a 10 minutos), y vaya aumentando gradualmente hasta llegar a 30 o más minutos diarios.

- g. Inicie las sesiones de entrenamiento con un precalentamiento suave de 5 a 10 minutos y finalice con un período semejante de enfriamiento (flexiones, estiramiento de los músculos para evitar lesiones y dolores)
- h. Aproveche realizar toda actividad en la que su cuerpo esté en movimiento sea en el hogar u otro medio ambiente, p. ej., jardinería, barrer, trapear, jugar con los niños, pasear a la mascota, y otros quehaceres del hogar. En lugar del ascensor, utilice la escalera, si se desplaza hacia un lugar no muy lejano, vaya caminando o en bicicleta; baje 1 o más cuadras antes de su paradero y camine.

La realización de actividad física de manera constante y sostenida en el tiempo, genera e impacta gradualmente en el bienestar general de sus practicantes.

6. Bibliografía

Lina Juliet Bedoya Echeverri. Actividad física. En: Guía Estilos de Vida Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. Medellín, Colombia, 2018. 51-79.

Albuquerque F. PPT Sesión N° 4 Hábitos Saludables en Trastorno Bipolar. Programa Psicoeducativo de Pacientes con Trastorno Bipolar. Programa de Trastornos Afectivos de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Adultos y Adultos Mayores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima, 2018.

Carrasco E, Flores G, Gálvez C, Miranda D, Pérez M, Rojas G. Manual para Educadores en Diabetes Mellitus. Santiago, 2001, Edición electrónica, septiembre. 2007.

Ministerio de Salud. Actividad Física, Alimentación Saludable y No Fumar, las Tres Claves para Vivir Más y Mejor. En: Argentina Salud. Época 2, Año 1. N° 5, agosto-septiembre, 2010.

VI. RESPONSABILIDADES

- 6.1 La Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Adultos y Adultos Mayores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi", es responsable de la difusión, coordinación, supervisión e implementación del Documento Técnico: "Intervención de Enfermería en Consejería Especializada en Salud Mental", con la finalidad de fortalecer las competencias de los profesionales de Enfermería de la Institución.
- 6.2 Los profesionales de Enfermería de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Adultos y Adultos Mayores del INSM "HD-HN", son los encargados del proceso de ejecución y monitoreo de la Intervención de enfermería en la Consejería especializada en Salud Mental.
- 6.3 La Oficina de Comunicaciones del INSM "HD-HN", es responsable de su difusión en el Portal de Transparencia Estándar de la Institución.

VII. ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO DEL SÍNDROME METABÓLICO

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellidos: _____ Tel. de contacto: _____

Sexo: Masculino () Femenino () Edad: _____ Historia Clínica: _____

Médico Tratante: _____ Fuente de Financiamiento: _____

Talla: _____

SESIÓN DE CONS.	FECHA	PESO (Kg.)	IMC	PERÍMETRO DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	PRESIÓN ARTERIAL MM HG (Sistólica/Diastólica)	FRECUENCIA CARDÍACA (PPM)
1						
2						
3						
4						

FACTORES DE RIESGO

SESIÓN DE CONS.	FECHA	ALIMENTACIÓN HIPERCALÓRICA	TABACO	ALCOHOL	ACTIVIDAD FÍSICA
1					
2					
3					
4					

ANTECEDENTES	PERSONALES	FAMILIARES
Obesidad		
Diabetes mellitus		
Hipertensión arterial		
Enfermedad coronaria		
Enfermedad cerebro vascular		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Antipsicóticos de segunda generación: _____

Valproato de sodio ()

Carbonato de litio ()

RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO (de los últimos tres meses)

Glucosa en sangre: _____

Prueba de tolerancia oral a la glucosa: _____

Glucosa glicosilada: _____

Perfil lipídico:

- Colesterol total: _____
- Triglicéridos: _____
- Colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL): _____
- Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (C-HDL): _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DIABETES MELLITUS:

Polaquiuria o poliuria ()

Polidipsia ()

Polifagia ()

Pérdida de peso ()

Fatiga ()

Irritabilidad ()

Visión borrosa ()

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:
