



Fundación
Universitaria Sanitas



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



1.^a
EDICIÓN

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

VOLUMEN VII
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
DIRIGIDO A PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

Aportes para la implementación de la Ruta de Atención Integral Cardio Cerebro Vascular Metabólica en la Red Pública de Bogotá

No esta permitida la reproducción total o parcial de este documento, su tratamiento informático, la transmisión de ninguna otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro, u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Derechos reservados 2021, respecto a la primera edición en español, por
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS
Dirección

ISBN: 00-00000-000 (Obra Completa)

ISBN: 00-00000-000 (Volumen VII)



Alcalde Mayor de Bogotá D.C.: Claudia Nayibe López Hernández
Secretario Distrital de Salud: Alejandro Gómez López
Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial: Juan Carlos Bolívar López
Directora de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud: Yiyola Yamile Peña Ríos
Referente técnico de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas de la Secretaría Distrital de Salud: Julián Rafael Gaviria Escobar



Gerente Subred Sur Occidente: Omar Benigno Perilla Ballesteros
Subgerente de Prestación de Servicios de Salud (E): Daniel Blanco Santamaría
Directora de Gestión del Riesgo en Salud: Sandra María Bocarejo
Supervisora contrato Subred – Unisanitas: Mónica Bello
Referente técnico de la Subred para la Ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica: Mayerly Hernández González



Rector: Mario Arturo Isaza Ruget
Vicerrectora: Sonia Herminia Trujillo
Director de vinculación con el sector externo: David Vergara Durán

EQUIPO DE TRABAJO UNISANITAS

Contrato No. 6116 de 2021 suscrito entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y la Fundación Universitaria Sanitas

Docente líder del proyecto:

Alexander Gómez Rivadeneira

Equipo de trabajo Unisanitas:

Ángela Patricia Gómez Sotelo
Diego Alejandro Pinto Pinzón
Lina Paola Fajardo Latorre
Álvaro Muñoz Escobar
Alejandro Perdomo Rubio
Francy Yanira Pineda Granados
Ruth Nataly Tovar Parra
Camilo Alberto Caicedo Montaña
Javier Andrés Gómez Valles
Dolores Bolaños Posso

Apoyo administrativo y logístico:

David Vergara Durán
Nidia Hernández Escobar
José Fernando Sánchez Larrota
Julieth Andrea Esquivia Navarrete
Nathalia Camila Cagua Sanmiguel
Luis Alberto Ordoñez Bolívar

Apoyo académico y pedagógico:

César Sánchez Ramírez
Daniel Eduardo Quintero Gutiérrez
David Enrique Aparicio Martínez
Hernán Darío Rueda Rodríguez
Holman Giovanni Barrios Moreno
Jefferson Andrés Conde Torres
Laura Milena Galindo Franco
María Alejandra Martínez Rodríguez
María José Tapias Lozada
Olga Margarita Monroy Parra
Patricia Caro Jiménez
Wilder Andrés Villamil Parra
Yaravi Caicedo Arzuza

Agradecimientos:

La orientación técnica del doctor Julián Gaviria Escobar y la jefe Mayerly Hernández González fue fundamental para la elaboración de este documento.

EQUIPO DE TRABAJO

Un reconocimiento a todo el equipo de profesionales de las subredes y de Unisanitas que participó en la elaboración de los protocolos de medicina, nutrición, ejercicio físico y psicología en el marco de la ruta cardio cerebro vascular metabólica. La profesora Ángela Patricia Gómez Sotelo enfermera magíster en salud pública lideró la revisión y aprobación de los protocolos por parte de Unisanitas.

Protocolo	Nombre Completo	Perfil	Entidad
Medicina	Liliana Esperanza Silva Igua	Médica magíster en epidemiología	Subred Centro Oriente
	Nohora Reyes	Médica esp. en medicina Interna	Subred Sur Occidente
	Elder Martín Bohórquez Villareal	Médico general	Subred Sur
	Olga Margarita Monroy Parra	Médica general esp. en gestión de la salud pública	Unisanitas
	Ruth Nataly Tovar Parra	Médica general	Unisanitas
Nutrición	Dayana Carolina Pinto Murgas	Nutricionista	Subred Centro Oriente
	Leidi Dayan Mandón Triana	Nutricionista	Subred Norte
	Liceth Ospino Pizarro	Nutricionista	Subred Sur
	Yaravi Caicedo Arzuza	Nutricionista esp. en gestión de la salud pública	Unisanitas
Ejercicio físico	Wilder Andrés Villamil Parra	Fisioterapeuta magíster en fisioterapia del deporte y la actividad física	Unisanitas
	Holman Giovanni Barrios Moreno	Educador físico esp. en psicología educativa	Unisanitas
	Tania Neira González	Fisioterapeuta	Subred Sur Occidente
	Leonardo Rodríguez	Educador físico	Subred Sur Occidente
	Yamile Veloza Suarez	Fisioterapeuta	Subred Norte
	Diego Rosero Aracil	Fisioterapeuta	Subred Centro Oriente
	Patricia Cortés Cortés	Fisioterapeuta	Subred Norte
	Andry Yileni Beltrán Achury	Psicóloga	Subred Centro Oriente
	Leidy Rocío León Gamboa	Psicóloga	Subred Sur Occidente
Psicología	Ruth Vicky Quintana	Trabajadora Social esp. en epidemiología	Sur Occidente
	María Alejandra Martínez Rodríguez	Psicóloga esp. en gestión de la salud pública	Unisanitas

Tabla de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo general	11
2.2 Objetivos específicos.....	11
2.3 Alcance:	11
3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN	12
3.1. Historia clínica	12
3.1.1. Anamnesis.....	12
Consentimiento Informado	12
Datos del paciente.....	12
3.1.2. Antecedentes	13
Antecedentes personales	13
Antecedentes médicos	13
Antecedentes familiares.....	13
Red de apoyo.....	13
Valoración familiar.....	13
3.1.3. Enfermedad actual y motivo de consulta o remisión.....	13
Diagnóstico:	13
Motivo de la consulta	14
3.2. Valoración física y cognoscitiva	14
3.3. Aplicación de instrumentos.....	14
3.4. Plan de manejo	15
3.5. Seguimiento.....	18
3.6. Remisiones a otros profesionales dentro de las RCCVM	18
3.7. Remisiones a otras RIAS o demás atenciones	18
3.8. Remisiones o notificación a vigilancia en salud pública	18
3.9. Flujogramas	19
4. ANEXOS.....	20
4.1. Anexo 1. Glosario	20
4.2. Anexo 2. Sintomatología para remisión a psicología	22
4.3. Anexo 3. Consentimiento informado	25
4.4. Anexo 4. Genograma.....	27
4.5. Anexo 5. Test mini-mental.....	31
4.6. Anexo 6. Instrumento Dass-21	36
4.7. Anexo 7. Instrumento ASSIST	39
4.8. Anexo 8. Instrumento test Fagerström	41

4.9. Anexo 9. Revisión Literaria	43
La Psicoeducación	43
Entrenamiento en habilidades	44
Terapia breve	45
La consejería breve	46
Reconocimiento autolesivo	47
Estrategias de afrontamiento para los diferentes tipos de violencia.	47
Terapia de relajación	48
Beneficios de las técnicas de relajación	48
Técnica de relajación basada en respiración de aterrizaje aquí y ahora.....	48
Relajación progresiva	49
Relajación progresiva Jakobson paso a paso:	49
5. BIBLIOGRAFÍA	50

Lista de tablas

Tabla 1. Plan de Manejo de factores detectados por el Dass 21	16
Tabla 2. Plan de Manejo de factores de riesgo detectados por el ASSIST y Test de Fagerström	16
Tabla 3. Plan de Manejo y Abordaje	17
Tabla 4. Caracterización de sintomatología para remisión a psicología.	22
Tabla 5. Escala del Dass 21	37
Tabla 6. Interpretación de resultados	41
Tabla 7. Cuestionario Fagerström	42
Tabla 7. Evaluación Fagerström	43

Lista de ilustraciones

Figura 1. Flujograma Hitos Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica.	19
Figura 2. Flujograma Atención Psicología Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica.....	19
Figura 3. Descripción y simbología del genograma	27
Figura 4. Muestra de genograma	30
Figura 5. Documento del test de Mini Mental.....	35
Figura 6. Diagrama - Administración del ASSIST.	40

1. Introducción

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus afectan a la población de dos formas principales: deteriorando el estado de salud y malogrando la productividad en los pacientes y su capacidad para generar ingresos y servicios, y por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia. (Escobar, 2000).

Un estado de salud satisfactorio es un elemento medular para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación, comprometiendo su calidad de vida. Desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas (Moreno y Ximénez, 1996).

La salud, como componente de la calidad de vida se ha tornado en una de las variables que, al verse afectada, impacta otros componentes como trabajo, autonomía, relaciones sociales, ocio, etc., por lo que ocupa un lugar central en el estudio de aquélla. Así, un número cada vez mayor de investigaciones buscan evaluar los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud, a fin de mejorar las decisiones clínicas y profundizar en el conocimiento de condiciones y consecuencias (Moreno y Ximénez, 1996).

La Organización Mundial de la Salud-OMS ha establecido el cálculo del impacto o peso de las enfermedades a través del índice DALY (Disability-Adjusted Life Years), que mide la carga de enfermedad global, es decir el número de años perdidos por enfermedad, discapacidad o muerte prematura. La hipertensión y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares en años DALYs perdidos por enfermedades no transmisibles en los países americanos, con relativa baja mortalidad y adicionalmente se identifica la presencia de factores de riesgo psicológicos asociados, constituyéndose así en una problemática de salud mental.

La salud mental en Colombia esta defina como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Ley 1616 de 2013). Asimismo la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS en 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior, las áreas afectadas por el proceso de enfermedad deberán intervenir para permitir al paciente la restauración y/o mejora de su adherencia terapéutica, bienestar y calidad de vida. Así, el objetivo desde el área de psicología, y con base en el concepto que la salud mental cuyo principio es el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad, se plantea el abordaje de los factores de riesgo que presenten los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus activos en la ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica de las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Diseñar un protocolo de atención psicológica dirigido a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) que se encuentren activos en la ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica (RCCVM) de las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito.

2.2 Objetivos específicos

Identificar factores de riesgo psicosocial en pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM, con el fin de articular procesos de intervención con las diferentes rutas de atención integral (RIAS), así como la oportuna notificación de casos al sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Realizar procesos de consejería breve en salud mental que permitan intervenir los riesgos de comportamiento en pacientes con diagnóstico HTA y/o DM activos en la ruta.

2.3 Alcance:

Este protocolo va dirigido al personal de salud que realiza atención desde el área de Psicología a pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM activos en la RCCVM.

3. Protocolo de Atención

Se realizará una entrevista inicial, además se incluyen instrumentos para identificar y evaluar los diferentes riesgos psicosociales. Comprende lo siguiente:

3.1. Historia clínica

Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran, Cronológicamente, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

3.1.1. Anamnesis

Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

Consentimiento Informado

Es el proceso mediante el cual, el psicólogo proporciona al paciente información relevante con el objetivo de que éste pueda decidir por sí mismo acerca de actuaciones que pueda afectar a su salud.

Para que se considere un consentimiento informado, el paciente ha de tener la información necesaria para poder decidir de forma libre, voluntaria y consciente sobre los procedimientos o terapias a realizar. Es importante mencionar que el consentimiento informado puede ser verbal, escrito o incluso implícito y se utiliza en la consulta presencial o virtual. (Ver Anexo 3).

Datos del paciente

Diligenciar los campos de información básica del paciente y/o actualizar datos según sea el caso (Identificación, Nombre del paciente, estado civil, dirección, fecha de nacimiento, nivel socioeconómico, tipo de régimen de afiliación, teléfono, procedencia, edad y sexo, grupo poblacional (habitante de calle, grupos étnicos, discapacidad, víctimas del conflicto armado, población migrante, etc.).

3.1.2. Antecedentes

Antecedentes personales

Indagar si el paciente presenta algún antecedente de maltrato psicológico, físico, sexual, económico, emocional, negligencia, abandono, consumo de SPA, ideación o intentos suicidas y finalmente si tiene diagnóstico de HTA y/o DM.

Antecedentes médicos

Describir si tiene algún trastorno por y/o desorden emocional ya diagnosticado por el área de salud mental.

Antecedentes familiares

Describir si algún familiar en primer grado tiene algún antecedente de salud mental diagnosticado por psiquiatría.

Red de apoyo

Describir si el paciente refiere personas en su entorno social, con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.

Valoración familiar

Interrogar al paciente para indagar sobre su red familiar y para ello se utiliza la herramienta del genograma.

Genograma: herramienta que permite al profesional en salud representar, la estructura familiar como un grupo, con una historia, límites, jerarquía, alianzas internas y externas con el ambiente social; valora los cambios en la organización familiar a lo largo del tiempo, en relación con eventos que ocurren en su existencia, que movilizan recursos o resistencias; da a conocer la cohesión intrafamiliar y la calidad de comunicación, percepción de roles, mitos, creencias, etc.; Ayuda a comprender los procesos familiares, gracias a la abundante información que aporta sobre el grupo familiar. (Ver Anexo 4)

3.1.3. Enfermedad actual y motivo de consulta o remisión

Diagnóstico:

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus que se encuentren activos en la ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica de las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito.

Motivo de la consulta

Se describe la razón por la cual el paciente es remitido al servicio de psicología y/o según lo que refiera el paciente al momento de la consulta.

3.2. Valoración física y cognoscitiva

Indagar al paciente por condiciones físicas como cefalea, mareos, pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso), ojos llorosos o pupila dilatada, opresión en el pecho, tensión en las cervicales, problemas intestinales, sensación de debilidad o cansancio, temblores en extremidades, respiración acelerada (hiperventilación), problemas de espalda o cuello, cambio de coloración y resequeidad de la piel, flatulencias - cólicos y antecedentes relacionados; adicional a esto se describe su condición cognoscitiva por medio del test de Mini-Mental.

Mini-Mental: Se trata de un método muy utilizado, su aplicación dura de 5 – 10 minutos. Está constituido por un conjunto de ítems que mediante un test que mide orientación (personal, espacial y temporal), memoria a corto y a largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención, lenguaje (expresión verbal y escrita, comprensión verbal y escrita) praxias, habilidades visoconstructiva. Permite evaluar de manera rápida la sospecha de déficit cognitivo, sin embargo no debe utilizarse como una evaluación clínica completa del estado mental ya que no permite estudiar de manera detallada la función cognitiva alterada ni conocer la causa del déficit. (Ver Anexo 5).

3.3. Aplicación de instrumentos

Los instrumentos presentados a continuación se encuentran avalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Colegio de Psicólogos de Colombia (COLPSIC), y permiten evaluar el riesgo psicosocial de paciente con diagnóstico de HTA y/o DM:

Dass-21: Fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autoreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad con la que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond & Lovibond, 1995).

Las tres escalas de autoreporte dimensional evalúan la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. (Ver Anexo 6)

ASSIST: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, y ayuda a los trabajadores de la salud a identificar el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida. (Ver Anexo 7).

Test fagerström: Este test sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina. Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. (Ver Anexo 8)

3.4. Plan de manejo

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. Su sólo diagnóstico implica la pérdida del estado de salud, además de la puesta en marcha de cuidados y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. En el caso de los diabéticos se ha informado mayores niveles de depresión (hasta seis veces más alta que en el resto de la población), ansiedad, estrés, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001).

En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica. Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Kenneth, Wells y Lewis, 1996); se ha informado además mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol (Hume, 1989; Ogihara et al., 1992; Osterhaus, Townsend, Gandek y Ware, 1994; Robbins, Elias, Croog y Colton, 1994). Además de esos síntomas se presentan otros ocasionados por el propio tratamiento farmacológico como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja energía o efectos sedantes, náuseas, flatulencia y bronco espasmo, entre otros (Kaplan, 2002).

Con base en lo anterior se brindan diferentes herramientas psicoeducativas o de psico- orientación para responder de manera resolutiva a las diferentes problemáticas o posibles malestares psicológicos como lo son la depresión, ansiedad, estrés, entre otros factores psicosociales encontrados en la orientación a los pacientes de la RCCVM.

Tabla 1. Plan de Manejo de factores detectados por el Dass 21

Pruebas de detección	Factores de riesgo psicológico	Nivel de riesgo y abordaje			
		Leve	Moderado	Severo	Extremadamente severa
DASS 21	Depresión	P s i c o e d u c a c i ó n	ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES	PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR SALUD MENTAL NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO O POSIBLE RIESGO PSICOLÓGICO.	PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR SALUD MENTAL NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO O POSIBLE RIESGO PSICOLÓGICO.
	Ansiedad				
	Estrés				
			TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	NOTIFICACIÓN A SALUD MENTAL.	NOTIFICACIÓN A SALUD MENTAL.

Fuente: Adaptado de elaboración propia Subredes Integradas de servicio de Salud

Tabla 2. Plan de Manejo de factores de riesgo detectados por el ASSIST y Test de Fagerström

Pruebas de detección	Factores de riesgo psicológico	Nivel de riesgo y abordaje		
		Leve	Moderado	Severo
ASSIST	CONSUMO DE TABACO/ALCOHOL/SPA	PSICOEDUCACIÓN	CONSEJERÍA BREVE	TERAPIA BREVE CENTRADA SOBRE LA SOLUCIÓN
TEST DE FAGERSTRÖM				NOTIFICACIÓN POR VESPA

Plan de Manejo en factores detectados por el ASSIST y Test de Fagerström.

Tabla 3. Plan de Manejo y Abordaje

Valoración del riesgo	Notificación	Orientación
Tipos de violencia: Física Psicológica y emocional Sexual Abandono y negligencia Laboral	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO NOTIFICACIÓN POR SIVIM	<ul style="list-style-type: none"> • LAS COMISARÍAS DE FAMILIA • 123 POLICÍA NACIONAL • 122 FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN • 155 LÍNEA AL SERVICIO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR • EL CONSULTORIO JURÍDICO Y CENTRO DE CONCILIACIÓN • MINISTERIO DE TRABAJO
Ideación suicida o intento suicida	RECONOCIMIENTO ASI MISMO (AUTOLESIVO) NOTIFICACIÓN POR SISVECO	NOTIFICACIÓN POR SISVECO

Plan de Manejo y Abordaje - Notificación y Orientación

La Psicoeducación: Es una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la hipertensión arterial y diabetes mellitus. Con la psicoeducación se mejoran los conocimientos acerca de la hipertensión arterial y diabetes mellitus, mejorando el comportamiento, la actitud y la adherencia terapéutica de cada uno de los pacientes, aumentando de esta forma el estado de salud y la calidad de vida.

Consejería breve: Es la orientación y apoyo que recibe una persona para que comprenda el riesgo que supone consumir tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. La consejería breve consta de intervenciones de menos de 10 minutos por sesión, menos de 4 sesiones y una duración total menor a 30 minutos por persona.

El proceso correcto para conversar con los pacientes acerca del consumo de tabaco es mediante la estrategia de las 5As y la estrategia de las 5Rs. La Estrategia de la 5As sirve para ayudar a las personas a abandonar el tabaco. Consta de cinco pasos (Averiguar, Aconsejar, Evaluar, Ayudar y Organizar) y la Estrategia de las 5R sirve para aumentar la motivación para dejar de fumar. Esta estrategia, es útil para trabajar con aquellas personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar “ahora”.

Estrategias de afrontamiento: Son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

Terapia breve: Está orientado hacia el futuro, en la idea de que el modelo de solución es más importante que el modelo del problema. Por eso una de las tareas más importantes

es la de formular preguntas para descubrir soluciones que funcionen y para construir el estado futuro cuando el problema ya esté resuelto

Técnicas de relajación: son un conjunto de estrategias psicológicas que tienen como objetivo reducir el nivel de activación, “calmarnos”. Es habitual que también se utilicen como una herramienta para poder “desconectar” y parar nuestros pensamientos, y para dar un alto en nuestro ritmo de vida.

3.5. Seguimiento

Es importante realizar un trabajo interdisciplinario con las demás áreas y especialmente con las rutas integrales de atención en salud (RIAS) que tiene cada subred, para la canalización de los pacientes de la RCCVM, de acuerdo a los signos y síntomas que presente, así mismo como las respectivas notificaciones a los sistemas de vigilancia en salud pública existentes.

3.6. Remisiones a otros profesionales dentro de las RCCVM

- » Nutrición.
- » Medicina general.
- » Fisioterapia prescripción actividad física

3.7. Remisiones a otras RIAS o demás atenciones

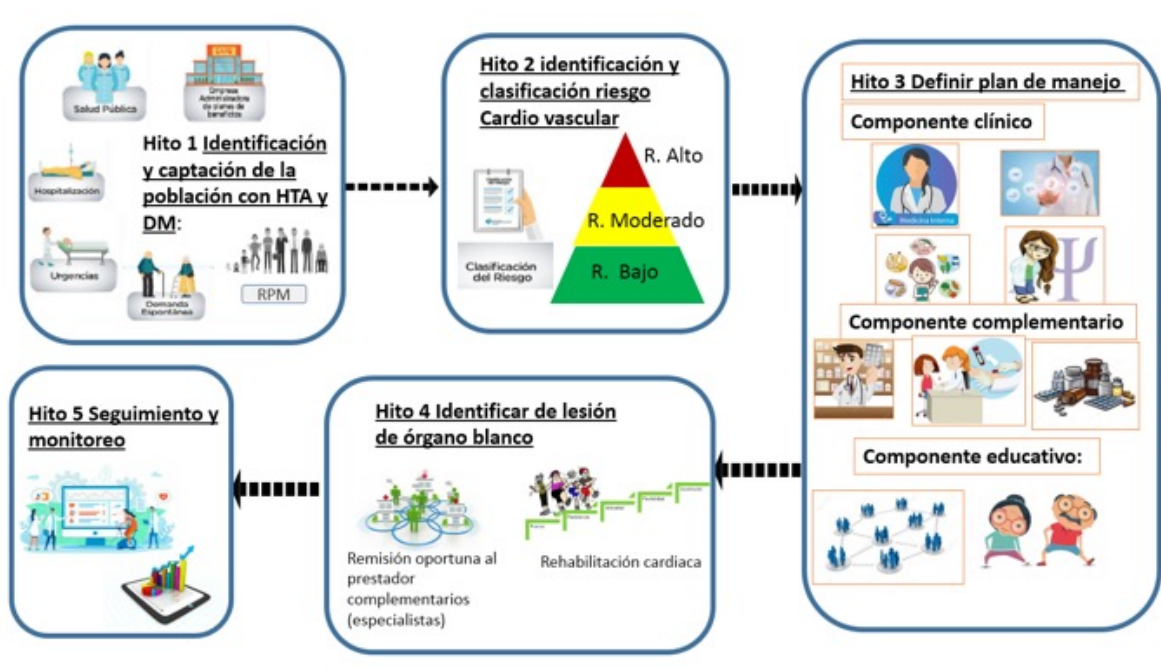
- » Cáncer
- » Salud mental
- » Promoción y prevención.
- » Atención medica domiciliaria (AMED)
- » Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

3.8. Remisiones o notificación a vigilancia en salud pública

- » **VESPA:** Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancia Psicoactivas.
- » **SIVIM:** Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.
- » **SISVECOS:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida.

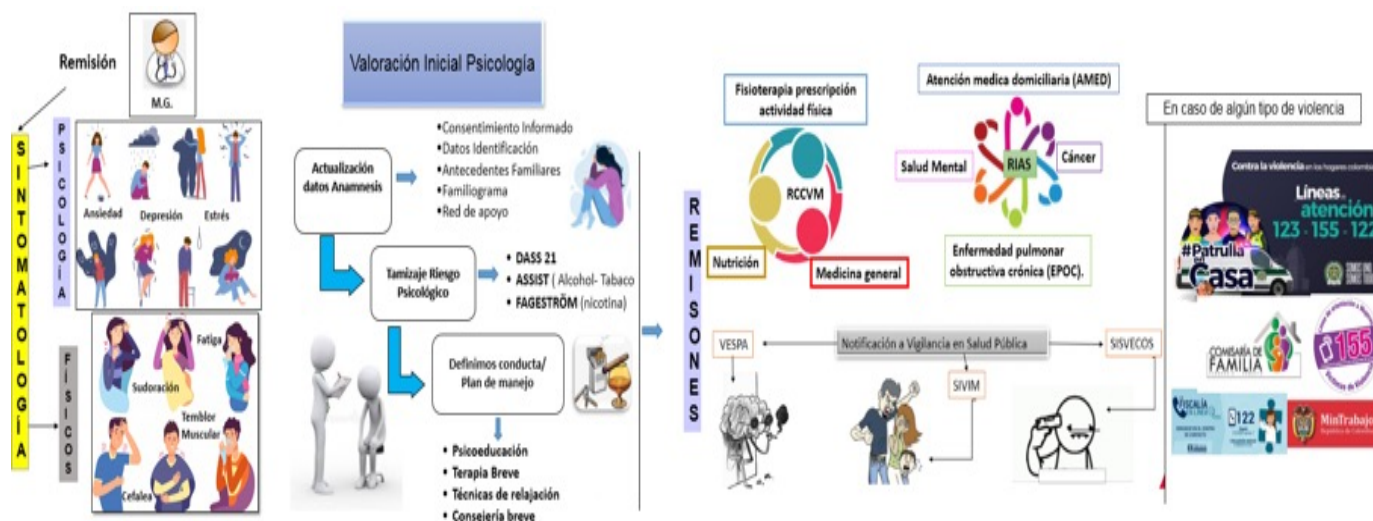
3.9. Flujogramas

Figura 1. Flujograma Hitos Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica.



Fuente Elaboración propia Subredes Integradas de servicio de Salud

Figura 2. Flujograma Atención Psicología Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica



Fuente Elaboración propia Subredes Integradas de servicio de Salud

4. Anexos

4.1. Anexo 1. Glosario

Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

Alcoholismo: Es un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia.

Depresión: Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Ruiz, 2017)

Enfermedad mental: También denominada trastorno de salud mental, se refiere a una amplia gama de afecciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.

Estrés: El proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión. (Lazarus y Folkman, 1986)

Evaluación psicológica: Es cuantificar y describir las emociones, los pensamientos, los repertorios conductuales y aquellos factores ambientales que influyen en la conducta del individuo. A través de diferentes instrumentos: la entrevista, la observación, los test, las escalas, los cuestionarios y el auto registro (realizado por el propio paciente) (Sierra, Siglo XXI)

Ideación Suicida: son aquellos pensamientos intrusivos de quitarse la vida con o sin planificación.

Violencia física: causar o maltratar físicamente a otra persona con golpes, objetos, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, denegándole atención médica u obligándola a consumir

alcohol o drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella o el. (Moanack, 2016)

Violencia laboral: cabe considerar que la violencia en todas sus formas traspasa la dignidad e integridad de los trabajadores, utilizando chantajes, intimidación, humillación, acecho, depreciación, ofensas, bromas sarcásticas repetidas, degradación de sus labores, exigencias excesivas, inequidad salarial, generando así el acoso laboral, psicológico y el acoso sexual. (Aponte, 2016)

Violencia psicológica y emocional: “cualquier acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales” (Decreto 902, 1996).

Violencia por negligencia o abandono: la negligencia o abandono es el hecho de no cubrir o no ocuparse de las necesidades físicas, emocionales, educativas y médicas básicas de un niño o adulto mayor dependencia.

Violencia Sexual: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (Jiménez, 2016)

Prevención en salud mental: Están dirigidas a contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a lo largo de la vida, con el fin de modificar esos procesos que contribuyen a la enfermedad mental.

Salud mental: Es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS en 2001).

Tabaquismo: adicción a fumar que genera un efecto estimulante, calmante y de placer por la nicotina, generando un hábito en los consumidores de nicotina.(Murillo, 2013)

4.2. Anexo 2. Sintomatología para remisión a psicología

Lineamientos para remisión por médico general: los lineamientos de la guía de práctica clínica de Minsalud y la resolución 4003 de 2008 especifican que todo paciente mayor de 45 años diagnosticado con DM2 debe recibir apoyo psicológico en atención primaria, al iniciar el tratamiento y por lo menos una vez al año sin importar que el paciente no presente complicaciones crónicas. En pacientes con hipertensión y/o diabetes si el médico general identifica los siguientes síntomas debe remitir al paciente a psicología:

Tabla 4. Caracterización de sintomatología para remisión a psicología.

RIESGOS PSICOSOCIALES	SINTOMATOLOGÍA	
	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	SÍNTOMAS FÍSICOS
Depresión	Tristeza	Mareos
	Pérdida de interés.	Cefaleas
	Disminución de la vitalidad.	Pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso)
	Cansancio exagerado.	Dolor abdominal
	Sentimientos de inutilidad o culpa	Ojos llorosos
	Irritabilidad	Opresión en el pecho
	Problemas para concentrarse	Tensión en las cervicales
	Baja tolerancia a la frustración	Problemas intestinales
Ansiedad	Tristeza	Temblores
	Irritabilidad	Dolor abdominal
	Insomnio - Somnolencia	Sensación de debilidad o cansancio
	Nerviosismo	Tensión muscular
	Desorientación	Cefaleas
	Baja tolerancia a la frustración	Respiración acelerada (hiperventilación)
	Melancolía	Aumento del ritmo cardíaco
	Preocupación constante	Sudoración

Estrés	Cambio de estado de animo	Diarrea o estreñimiento
	Insomnio	Cefaleas
	Nerviosismo	Cansancio excesivo
	Confusión	Tensión muscular
	Dificultad para concentrarse	Sudoración
	Autocrítica	Problemas de espalda o cuello
	Pensamientos repetitivos	Fatiga
	Incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	Disfunción sexual
Trastorno del sueño	Dificultad para conciliar el sueño a la noche	Cefalea
	Cansancio o somnolencia diurnos	Problemas de espalda o cuello
	Dificultad para concentrarse	Fatiga
	Despertarse muy temprano	Temblor
	Despertarse durante la noche	Dolor de ojos
	Preocupaciones constantes	Tensión muscular
	Disminución de la vitalidad.	Mareos
	Irritabilidad	Hormigueo en extremidades
Trastorno de la conducta alimentaria	Tristeza - Miedo intenso o Insatisfacción	Cefalea
	Conductas autolesivas	Diarrea o estreñimiento
	Baja tolerancia a la frustración	Dolor abdominal
	Autoexigencias	Náusea o vómitos
	Aislamiento social o retraimiento	Temblor
	Insomnio - Somnolencia	Amarillamiento y Resequedad de la piel
	Cambio de estado de Animo	Pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso)
	Baja tolerancia a la frustración	Deshidratación

Trastornos comportamentales	Agresividad	Mareos
	Tristeza	Cefalea
	Irritabilidad	Tensión Muscular
	Insomnio - Somnolencia	Temblores
	Cambio de estado de Animo	Aumento de energía
	Apatía	Opresión en el pecho
	Ilusiones y alucinaciones	Aceleración de la frecuencia cardíaca
Alcoholismo	Conducta social inapropiada/ desinhibición	Sudoración
	Irritabilidad	Cefalea
	Insomnio - Somnolencia	Frecuencia cardíaca rápida
	Impulsividad	Náusea o vómitos
	Cambio de estado de Animo	Temblores
	Distorsión de la realidad	Convulsiones
	Sensación de tristeza o inutilidad	Sudoración
Tabaco	Inestabilidad	Tensión muscular
	Lapsos de memoria	Fatiga
	Irritabilidad	Cefalea
	Insomnio - Somnolencia	Náusea o vómitos
	Frustración	Fatiga
	Pérdida de interés.	Hormigueo en extremidades
	Disminución de la vitalidad.	Presión o dolor en el pecho
SPA	Desorientación	Frecuencia cardíaca rápida
	Nerviosismo	Temblores
	Baja tolerancia a la frustración	Deterioro dental
	Irritabilidad o llanto	Dolor muscular
	Insomnio - Somnolencia	Sudoración
	Inestabilidad	Fatiga
	Delirio – alucinación	Náusea o vómitos
	Nerviosismo	Flatulencias - cólicos
	Automutilación	Ojos llorosos o pupila dilatada
	Pérdida de interés	Convulsiones
	Distorsión de la realidad	Hormigueo en extremidades

Fuente Elaboración propia Subredes Integradas de servicio de Salud.

4.3. Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSICOLOGÍA

Ruta Cardiocerebro vascular Metabólica las subredes integradas del servicio de salud del Distrito

Sr(a) Usuario, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de atención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltelas con el/la psicólogo/a.

Las subredes integradas del servicio de salud del Distrito están realizando la aplicación de diferentes instrumentos a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus. La finalidad es recabar emociones y la influencia que tiene en la salud y la calidad de vida de quienes padecen tales diagnósticos.

Para tal fin necesitamos de su colaboración respondiendo las preguntas que a continuación le hare saber. Su participación permite abordar los factores de riesgo que afecten o estén relacionados al deterioro mental. Se garantiza la confidencialidad y el anonimato de toda la información suministrada, así como la identidad de las personas que han diligenciado los cuestionarios.

Por favor reafirme que está de acuerdo con lo explicado, con la información suministrada le direccionalaremos en caso de que arroje una puntuación alta en los ítems, a los profesionales en psicología encargados de realizar tratamiento y/o seguimiento.

Una vez haya terminado de contestar las preguntas, se verifica y se le informa la totalidad del riesgo y se le hará saber la gestión sobre el procesamiento de la información.

Uso y confidencialidad de los datos: Toda la información concerniente a su evaluación y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente. Sin embargo, de acuerdo con la ley 1090 del 2006, es necesario quebrantar este principio de confidencialidad en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental o de algún otro miembro de la comunidad.

Modelo de tratamiento: El tratamiento que se le brinda es llevado a cabo con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros. Durante las primeras sesiones, el/la psicólogo/a discutirá el problema conmigo y obtendrá información relevante.

Revocación del consentimiento Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las

actividades programadas por el/la psicólogo(a) para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación y además de su colaboración en diligenciar una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por el/la profesional para la evaluación y tratamiento.

Declaración de consentimiento Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, el día _____ del mes _____ del año _____ en la ciudad _____ manifiesto:

Mi aceptación del proceso de evaluación y tratamiento ofrecido por el servicio de psicología de las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito. Y que me ha sido explicado y entendido por mí y cuyas condiciones generales me ha aclarado el/la psicóloga/o.

Que la información que le brindo al psicólogo/a es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención.

Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

Diligencie, a continuación.

Firma de la paciente o acudiente

Firma del profesional

Nombre: _____

Cc: _____

Tel: _____

Nombre: _____

T.P. _____

4.4. Anexo 4. Genograma

Los genograma "un método estructurado para conceptualizar la familia, que puede usarse en la sesión inicial o posteriormente, en la terapia ", pueden ser realizados por los miembros de una familia ya que esto permite también reforzar los lazos familiares y sobre todo aprender y sobre esto existen pautas a seguir como el tener un objetivo por el cual se pretende crear esta gráfica, se debe estar preparado para obtener información amplia y a su vez hay que tener consciencia de que algunos datos pueden estar incompletos. Bowen (1978).

Existen símbolos para representar a los jefes de familia y su sexo, también para las personas ya fallecidas, matrimonios, hijos y el tipo de relación que hay entre cada miembro.

Es importante destacar que para realizar un genograma no se necesita un estudio específico o mayor conocimiento al familiar que se pueda adquirir, es decir, solo necesitas manejar la información de tu núcleo familiar y en base a eso comenzar a trabajar en la elaboración de tu propio genograma. Bowen (1978).

Para poder realizar e interpretar adecuadamente un genograma se debe conocer la simbología que se utiliza. Generalmente estos son los símbolos que se usan para construir un genograma.

Figura 3. Descripción y simbología del genograma

Las personas incluidas en el gráfico se diferencian de acuerdo al género. Las figuras masculinas se dibujan a través de cuadrados y las femeninas con círculos.



A la persona índice o paciente identificado, se le adjunta un doble borde, quedando de la siguiente forma:



En todos los miembros simbolizados se debe incluir la edad de los mismos, en el interior de la figura geométrica que los representa, quedando de la siguiente manera:



Debajo de cada figura graficada, se deberá incluir el nombre del miembro en cuestión.



Pablo



Susana

En el caso que alguno de los miembros se encuentre fallecido, se incluirá una cruz o cualquier símbolo que represente la muerte de acuerdo a la religión profesada por la familia en cuestión. También se debe incluir a qué edad falleció.



+25

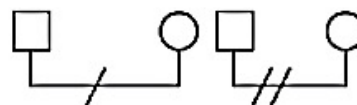


+75

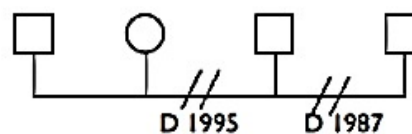
En cuanto a las relaciones establecidas entre los miembros de la familia. Los lazos maritales se unirán a través de una línea horizontal, a partir de una línea vertical que surge de cada figura:



Sobre esta misma línea horizontal que indica el lazo conyugal se señala la presencia de separación a través de una barra inclinada. En el caso que la pareja se haya divorciado legalmente se incluirán dos barras inclinadas.

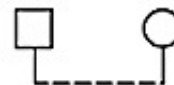


Cuando alguno de los miembros haya contraído más de una pareja a lo largo de su vida, estas deberán ser graficadas. Las mismas se representan en orden cronológico de la pareja más reciente a la más antigua, de izquierda a derecha.

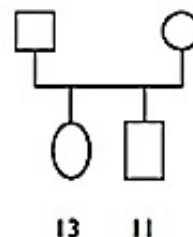


Se puede incluir el año en el cual se produjo la separación, quedando representado de la siguiente manera:

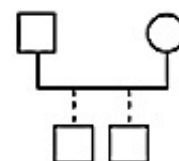
Cuando una pareja conviva pero no se encuentre casada, se graficará la unión a través de una línea de puntos.



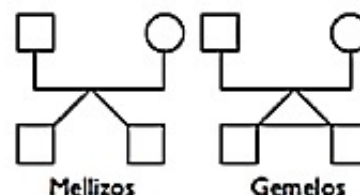
Los hijos se grafican desprendiendo una línea vertical de la línea que simboliza la unión de la pareja. El registro debe ser del hijo mayor al menor, de izquierda a derecha



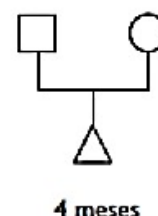
Los hijos adoptivos se simbolizan a través de una línea de puntos continua que parte del lazo conyugal, quedando de la siguiente manera:



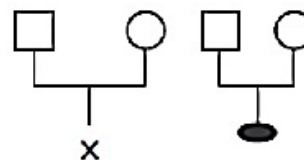
Los hijos mellizos se grafican a través de dos líneas oblicuas que salen del mismo punto de origen. Los hermanos gemelos se representan de la misma forma pero incluyendo una línea horizontal que los une, formando de esta manera un triángulo.



Los embarazos se representan a través de un triángulo que se desprende de la línea marital. Se incluye el tiempo de gestación debajo de la figura.



Ante la presencia de abortos, si él mismo ha sido inducido se lo grafica con una letra X. Si el aborto fue espontáneo se lo identifica con un círculo negro.



El grupo conviviente de la persona índice o paciente identificado, se registra a través de una línea que rodee a todas las personas implicadas. En el ejemplo, la paciente identificada convive con su madre y hermanos.

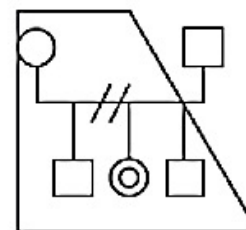
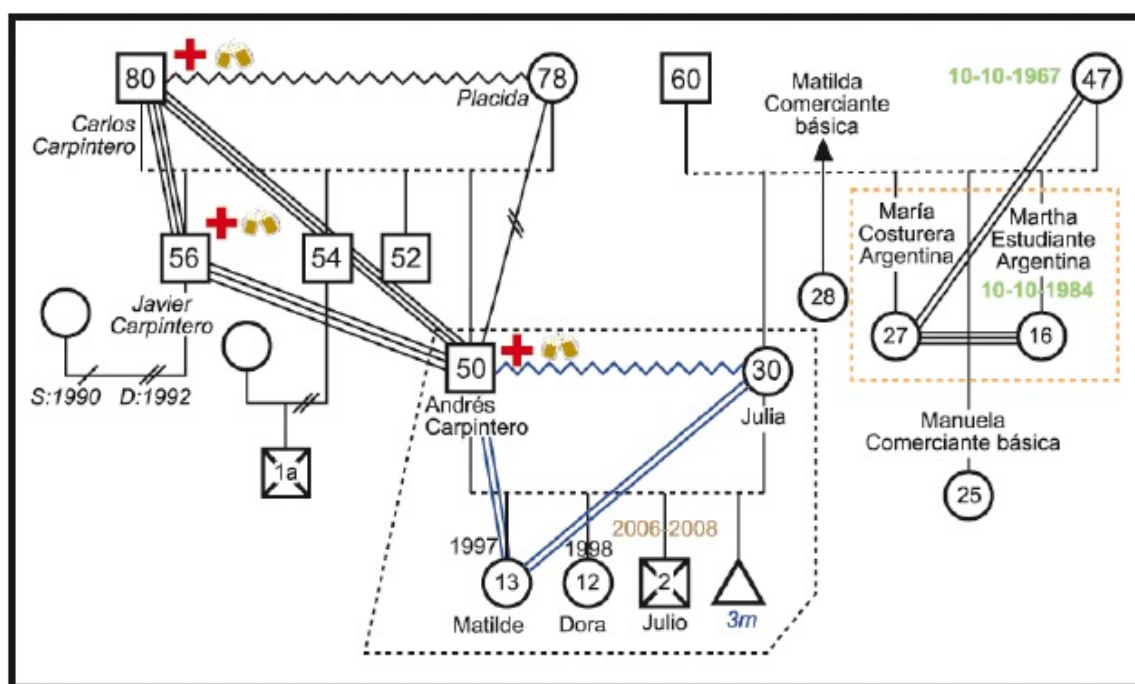


Figura 4. Muestra de genograma



McGoldrick M., *genogramas en la evaluación familiar*. 1987.

4.5. Anexo 5. Test mini-mental

El Mini Mental Examination de Folstein también conocido por sus siglas MMSE fue publicado en el año 1975 por Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung.

Este grupo de investigadores buscaban crear una prueba estandarizada y que de una forma rápida y sencilla les permitiera poder diferenciar los trastornos funcionales orgánicos presentes en los pacientes psiquiátricos que evaluaban.

El MMSE de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el deterioro cognitivo. Para ello cuenta con una escala de puntuación que va del 0 a los 30 puntos.

El Mini Mental Examination de Folstein cuenta también con una adaptación y validación con población española, realizada por Lobo en 1975. El test de Lobo no solo cuenta con esa adaptación sino que además se le añaden algunas pruebas más de evaluación y su puntuación más alta no es de 30 sino de 35 puntos.

Descripción

El MMSE es una prueba que nos da la posibilidad detectar una demencia en pacientes psiquiátricos utilizando cribados sistemáticos. También podría ser usada con el fin de llevar un seguimiento de la evolución del deterioro cognitivo de un paciente con demencia.

Las preguntas presentes en este test se pueden agrupar en las siguientes áreas:

Orientación espacio temporal: en este apartado se evalúa la capacidad del paciente de poder orientarse temporalmente (fecha actual, año, mes, estación) y también de forma espacial (lugar de la evaluación, ciudad, país)

Atención, memoria y concentración: en los ejercicios que están dentro de este apartado el evaluado debe memorizar tres palabras y posteriormente intentar recordarlas.

Cálculo matemático: Se le presentan a la persona evaluada una serie de cálculos matemáticos sencillos que esta debe resolver de forma correcta.

Lenguaje y percepción viso espacial: en estas pruebas los pacientes deben crear y repetir frases simples, entre otras cosas.

Seguir instrucciones básicas: se evalúa la capacidad del paciente al que se evalúa para comprender y llevar a cabo de forma correcta las instrucciones dadas por el evaluador. Instrucciones generales de aplicación

Para aplicar esta prueba se recomienda hacerlo en un lugar cómodo, confortable libre

de distractores. Este ambiente debe permitir que el evaluado se encuentre seguro y sea capaz de concentrarse en la tarea sin nada que distraiga su atención de ella.

También es recomendable que la ejecución de esta prueba se haga de forma individual y sin establecer límites de tiempo para que la persona evaluada pueda dar una respuesta. El evaluador deberá estar familiarizado con la prueba y también con las instrucciones a dar a los pacientes en cada una de las escalas. Dichas instrucciones deberán leerse de forma textual, clara y con un ritmo adecuado para que el evaluado tenga facilidad para entenderlas.

Antes de comenzar la prueba es necesario realizar una pequeña entrevista previa al paciente que se va a evaluar. Será en esa entrevista donde recogeremos datos, como su nombre, edad, grado de escolarización, si usa gafas o si se ha notado algún problema de memoria.

Para que los resultados sean lo más fidedignos posible es necesario asegurarnos la participación voluntaria y motivada del paciente ya que la desmotivación de este tiene una importante interferencia en los datos obtenidos.

Una buena forma de comenzar en utilizar la frase: “Si le parece voy a preguntarle por su memoria ¿Tiene usted algún problema relacionado con ella? Evitando las frases que incluyan los juicios subjetivos como “Voy a hacerle unas preguntas muy sencillas”.

Pasaremos ahora a describir de forma más detallada cada una de las pruebas y la puntuación que se obtiene por la correcta realización de cada una de ellas:

Orientación temporal: en este apartado el paciente evaluado deberá indicarnos el día de la semana, la fecha, el mes, el año y la estación del año en la que se encuentre en ese momento. Por cada respuesta correcta el paciente obtendrá 1 punto hasta obtener una máxima de 5 puntos en este apartado.

Orientación espacial: las preguntas de esta área instan a la persona evaluada a especificar el lugar donde se le está haciendo la entrevista, hospital o centro, ciudad, provincia y también el país. Como en el caso anterior, se otorga un punto por cada acierto hasta obtener una cifra máxima de 5 puntos.

Registro de 3 palabras: se le pide al paciente que escuche atentamente tres palabras y que posteriormente intente repetirlas. Esas palabras suelen ser: casa, zapato y papel. Se le avisa también al paciente que más adelante se le volverán a repetir esas palabras. Por cada palabra correcta el evaluado obtendrá un punto.

Atención y cálculo: en este ejercicio el paciente deberá restar de 7 en 7 partiendo del número 100. El evaluador detendrá al evaluado después de 5 restas. Se le otorgará un punto por cada sustracción realizada correctamente hasta un máximo de 5 puntos.

Evocación: se le pide al paciente que intente repetir las palabras del ejercicio anterior (casa, zapato y papel). El evaluador otorgará un punto al evaluado por cada palabra correcta que sea capaz de recordar independientemente del orden, hasta un máximo de 3 puntos.

Nominación: al paciente se le muestran dos objetos, un lápiz y un reloj. El evaluado deberá nombrarlos adecuadamente y obtendrá un punto por cada nombre correcto que sea capaz de dar. La puntuación máxima de este apartado es de dos puntos.

Repetición: en este apartado el evaluador insta al paciente a repetir la siguiente frase: “Tres perros en un trigal”. Si el evaluado es capaz de repetir la frases sin errores sumará un punto más.

Comprensión: en este ejercicio se le indican al paciente tres órdenes simples que sea capaz de ejecutar: “Coja este papel con su mano derecha, dóblelo una sola vez por la mitad y colóquelo bajo la mesa”. Se consigue realizar las 3 órdenes de forma correcta obtendrá 3 puntos. Si no, se le otorgarán tantos puntos como órdenes haya realizado satisfactoriamente.

Lectura: en este apartado el paciente debe obedecer la orden: “Cierre los ojos”. No debe leerlo en voz alta y solo se podrá explicar una sola vez. Si este ejercicio se realiza de forma adecuada se obtiene un punto.

Escritura: en este ejercicio lo que deberá hacer el evaluado es escribir una oración que debe tener sujeto y predicado. Si la oración es considerada correcta por el evaluador este le otorgará un punto al paciente.

Dibujo: en este último apartado la persona evaluada deberá copiar el dibujo de dos pentágonos entrelazados (puedes ver la imagen de al lado). El dibujo será correcto si las dos figuras tienen 5 lados, 5 ángulos y 4 puntos de cruce. Como máximo en esta prueba se puede obtener un punto.

Puntuación en interpretación

La puntuación obtenida por el paciente en esta prueba determinará el grado de deterioro cognitivo que este padece. Aunque la puntuación máxima es de 30 puntos habrá personas que por algún tipo de incapacidad no puedan responder a algunos ejercicios. En ese caso la puntuación total se obtendrá sumando las puntuaciones de las pruebas a las que haya podido someterse. Para determinar su grado de deterioro se hará de forma proporcional.

Según la puntuación total obtenida los grados de deterioro que establece esta prueba es la siguiente:

- » Entre 30 y 27 puntos: No existe deterioro cognitivo.

- » Entre 26 y 25 puntos: Existen dudas o pudiera existir un posible deterioro cognitivo.
- » Entre 24 y 10 puntos: Existe un deterioro cognitivo de leve a moderado.
- » Entre 9 y 6 puntos: Existe un deterioro cognitivo de moderado a severo.

Menos de 6 puntos: Deterioro cognitivo severo.

Aunque muy útil, esta prueba no nos proporcionaría un diagnóstico por sí sola. Por este motivo es necesario acompañarla de otras pruebas diagnósticas, así como entrevistas y exploraciones físicas.

Limitaciones de esta prueba

La prueba de Folstein se encuentra limitada por algunas situaciones como las que describimos a continuación, en las que no se considera la existencia de deterioro cognitivo.

Estados de depresión, consumo de algún fármaco, presencia de algún tipo problema metabólico, casos de alcoholismo, algunas infecciones como la encefalitis, existencia de niveles de minusvalía y personas que no cuentan con habilidades de lectura y escritura (analfabetismo, sordera, ceguera...)

Figura 5. Documento del test de Mini Mental

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)		
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>		
Nombre:	Varón []	Mujer []
Fecha:	F. nacimiento:	Edad:
Estudios/Profesión:	N. Hª:	
Observaciones:		
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	N° de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979). MINI MENTAL

4.6. Anexo 6. Instrumento Dass-21

El objetivo de la aplicación del instrumento es establecer unas mediciones sobre el malestar emocional a la población objeto correspondiente a usuarios que pertenecen a la ruta Cardio Cerebro Vascular metabólica (CCVM) con una escala de medición de tipo Likert llamada DASS-21. Esta medición es considerada como un modelo tripartito que pretende evaluar estados emocionales tendientes a: depresión caracterizada por un afecto deteriorado que genera desesperanza, ansiedad estimulación al sistema fisiológico y stress como tensión física que aumenta irritabilidad y nerviosismo, la cual está compuesta por un conjunto de tres subescalas y cada una de estas dividida en 7 ítems seleccionados según nivel del riesgo en su salud Mental.

La instrucción se efectúa de la siguiente manera, se pregunta a la persona cuantas veces los enunciados fueron sentidos de manera subjetiva durante los últimos 15 días dadas las cuatro posibles respuestas en cuanto a intensidad de los síntomas y la frecuencia organizadas en las escalas de 0 a 3 puntos que arroja una calificación de la siguiente manera.

- 0: No me ha ocurrido.
- 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- 3 Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

De acuerdo con la suma de cada una de las subpruebas y los ítems que construyen cada una de las tres subescalas nombradas en anterioridad, se obtienen indicadores que varían en la sintomatología del malestar emocional, a continuación, se describen los ítems correspondientes a cada Subescala.

Tabla 5. Escala del Dass 21

Categorías		No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho la mayor parte del tiempo
1.	Me ha costado mucho descargar la tensión generada por mi trabajo.....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca.....	0	1	2	3
3.	No podía tener ningún sentimiento	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar, aunque no estaba enfermo.....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa en mi desempeño laboral.....	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.....	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban sin razón aparente.....	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.....	0	1	2	3
9.	He tenido un miedo incontrolable de que algo terrible me va a pasar.....	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me motivara.....	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto sin tener motivos para ello.....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme después de una jornada de trabajo.....	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido.....	0	1	2	3

Categorías		No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho la mayor parte del tiempo
14.	Me he sentido intolerante ante situaciones o personas cotidianas.....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico.....	0	1	2	3
16.	He tenido pensamientos pesimistas del futuro de la humanidad.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona.....	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado o irritable con facilidad.....	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón.....	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Fuente: Antony . Beiling. P. J. P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson (1998).

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

- » 5-6 depresión leve
- » 7-10 depresión moderada

- » 11-13 depresión severa
- » 14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

- » 4 ansiedad leve
- » 5-7 ansiedad moderada
- » 8-9 ansiedad severa
- » 10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

- » 8-9 estrés leve
- » 10-12 estrés moderado
- » 13-16 estrés severo
- » 17 o más, estrés extremadamente severo.

4.7. Anexo 7. Instrumento ASSIST

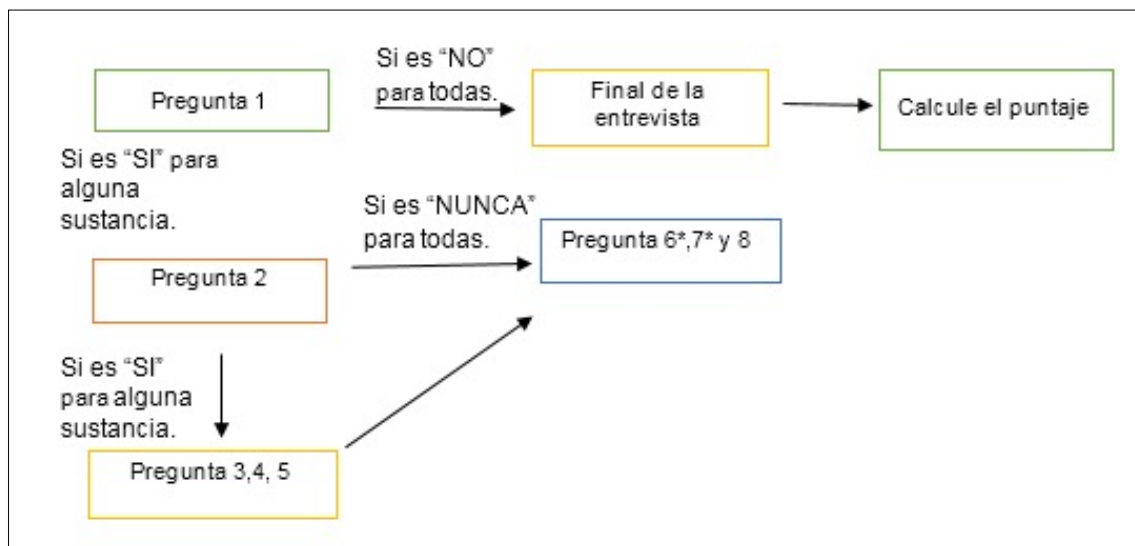
La prueba de detención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Esta escala es una prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias que fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar; fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) McNeely et al., 2014).

Puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), Alucinógenos y Opiáceos.

Figura 6. Diagrama - Administración del ASSIST.



Fuente Elaboración propia Subredes Integradas de servicio de Salud

Preguntas del cuestionario

- » **Pregunta 1:** ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
- » **Pregunta 2:** ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?
- » **Pregunta 3:** ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
- » **Pregunta 4:** ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
- » **Pregunta 5:** ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?
- » **Pregunta 6:** si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.
- » **Pregunta 7:** si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.
- » **Pregunta 8:** si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido. Esta pregunta no está en la base de Excel debido a que los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, porque el consumo por vía inyectada, es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas.

Puntuación:

- Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
- Puntuación de riesgo para alcohol (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para cannabis (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para cocaína (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina (de 0 a 39)-
- Puntuación de riesgo para inhalantes (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para sedantes (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para alucinógenos (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para opiáceos (de 0 a 39)
- Puntuación de riesgo para 'otras' drogas (de 0 a 39)

Clasificación del resultado

La puntuación obtenida (suma de la pregunta 2 a la 7) permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia: bajo, moderado, alto, y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

Interpretación de resultados del ASSIST**Tabla 6. Interpretación de resultados**

Riesgo	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo Bajo	0 - 10	0-3
Riesgo Moderado	11-26.	4-26.
Riesgo Alto	27+	27+

4.8. Anexo 8. Instrumento test Fagerström

Test de Fagerström (FTND) (heatharton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), Es un instrumento sencillo y de validez constante, que sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina y que consta de seis ítems (que pueden reducirse a dos), con una apuntación máxima de 10. Alternativamente, la existencia de dependencia puede analizarse mediante las preguntas del manual DSM.IV-TR.

Indicación: Valoración del nivel de dependencia a la nicotina.

Administración: Se trata de una escala de 6 ítems o valoraciones, de los que 4 son

dicotómicos, constituyendo la población diana de este test la población fumadora.

Interpretación: Una puntuación inferior a 4 indica una dependencia baja a la nicotina. Una puntuación entre 4 y 7 se interpreta como una dependencia moderada, y una puntuación superior a 7 es una dependencia alta.

Tabla 7. Cuestionario Fagerström

TEST DE FAGERSTRÖM			
Nº	PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTAJE
1	¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0 puntos
		11 – 20	1 punto
		21 – 30	2 puntos
		31 o más	3 puntos
2	¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3 puntos
		Entre 6 y 30 minutos	2 puntos
		De 31 - 60 minutos	1 punto
		Más de 60 minutos	0 puntos
3	¿Fuma más en las mañanas?	Sí	1 punto
		No	0 puntos
4	¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? (hospitales, cines, bibliotecas, entre otros)	Sí	1 punto
		No	0 puntos
5	¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana.	1 punto
		Cualquier otro.	0 puntos
6	¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	Sí	1 punto
		No	0 puntos

Tabla 7. Evaluación Fagerström

Evaluación de la Dependencia Física

- » Cantidad de cigarrillos.
- » Tiempo transcurrido entre despertarse y el 1er cigarrillo.

Grado de adicción a la nicotina

Puntaje:

- 0 – 2 Dependencia MUY BAJA
- 3 – 4 Dependencia BAJA
- 5 Dependencia MODERADA
- 6 – 7 Dependencia ALTA
- 8 – 10 Dependencia MUY ALTA

Los fumadores con dependencia física ALTA Y MUY ALTA se ven más beneficiados por el uso de apoyo farmacológico

4.9. Anexo 9. Revisión Literaria

La Psicoeducación

La falta de información promueve el estigma y la discriminación hacia los pacientes y sus familias, razón por la cual se crea una barrera para el proceso de entendimiento, comprensión y aceptación de la enfermedad. Por lo cual es importante el modelo de la Psicoeducación como estrategia psicosocial y modelo Psicoeducativo. Este modelo tiene como finalidad educar e informar frente a los diferentes signos y síntomas, desde una perspectiva bio-psico-social, sobre los conocimientos y aspectos esenciales de la enfermedad.

Propósitos: Brindar al usuario herramientas Psicoeducativa frente a las enfermedades cardiovasculares de la RCCVM:

1. Información y conocimiento de la enfermedad cardiovascular, malestar psicológico o consumo de SPA.
2. Identificar signos, síntomas y/o malestar psicológico asociado a la enfermedad cardiovascular u otros factores de riesgo psicosocial.
3. Información sobre factores de causalidad, frente a los posibles riesgos psicosociales. Información sobre el tratamiento médico.
4. Utilidad del medicamento y sus efectos para las personas diagnosticadas por

enfermedad cardiovascular o trastorno mental.

5. Definición de recaída o situación de crisis: Se entiende como aquella situación en la que un paciente se ve afectado, durante el periodo de convalecencia de una enfermedad.
6. Atención a situaciones de crisis: Es una intervención de tiempo limitado con un enfoque psicoterapéutico específico para estabilizar de inmediato a las personas en crisis.
7. Reacciones emocionales en el proceso de la aceptación y transcendencia de la enfermedad.
8. Identificación y solución de problemas.
9. Evolución y crecimiento considerando la enfermedad como una condición de vida. Alternativas de red social y red de apoyo para los pacientes.
10. Directorio de instituciones o asociaciones a los que pueda acudir en busca de ayuda.

Entrenamiento en habilidades

El entrenamiento en habilidades sociales representa un conjunto de procedimientos de intervención, que implica la utilización de principios y técnicas de modificación de conducta para la adquisición de experiencias básicas de aprendizaje. Su objetivo principal es facilitar el desarrollo de un repertorio de comportamientos dirigidos a permitir a una persona vivir de forma independiente y segura.

Incrementar las habilidades de autocontrol: La concepción de la depresión se basó en su origen en un modelo de autocontrol general, que otorgaba la mayor importancia a la capacidad de un individuo para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales: auto monitoreo, autoevaluación y auto refuerzo. (Nezu, Maguth,2006).

Optimizar la capacidad de resolución de problemas: las dificultades en la capacidad de resolución de problemas de los pacientes para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad. Ya que estos individuos tienen una orientación negativa del problema.

Presentándose así una tendencia a ver los problemas como amenazas, a esperar que sean irresolubles, a dudar de la propia capacidad para resolverlos y a sentir frustración y molestia al enfrentarlos. (Meyer,2006, Nezu,1987).

Habilidades de regulación de las emociones: Se aprende a identificar y nombrar emociones y a reconocer la función que éstas cumplen en el entorno. Se adoptan, además, técnicas destinadas a reducir la vulnerabilidad asociada a un estilo de vida poco saludable respecto al sueño o la alimentación. Como forma de intervenir en la respuesta emocional, se ensayan técnicas para aumentar la conciencia y frecuencia

de las emociones positivas, por ejemplo, por medio de actividades agradables, y para reducir el impacto de las emociones negativas, por ejemplo, cambiando la respuesta que se da a ellas mediante la acción opuesta a la emoción.

Las habilidades sociales/ interpersonales: Las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social. Al principio las quejas de estos pacientes atraen a sus círculos sociales, pero con el tiempo estas se vuelven muy molestas, lo que da como resultado una reducción del refuerzo y apoyo sociales, así como una confirmación del auto concepto negativo. (Meyer, 2006)

Terapia breve

La Terapia Breve está orientada hacia el futuro, en la idea de que el modelo de solución es más importante que el modelo del problema. Por eso una de las tareas más importantes es la de formular preguntas para descubrir soluciones que funcionen y para construir el estado futuro cuando el problema ya esté resuelto. En este caso, el profesional no le ofrece soluciones al paciente, sino que simplemente le ayuda a descubrir sus propias habilidades.

Las preguntas como intervención: las preguntas que siguen son ejemplos que se utilizan bastante sistemáticamente y que pueden ser útiles como guía. Dado que la mayor parte de los pacientes y de los profesionales no están acostumbrados a ellas, el uso efectivo de las mismas requerirá práctica y perseverancia.

Habilidades de regulación de las emociones: se aprende a identificar y nombrar emociones y a reconocer

- Preguntas para descubrir los momentos de no consumo
- Preguntas graduales
- Preguntas hipotéticas o milagro
- Preguntas en serie
- Preguntas en serie pesimista

Felicitaciones: cuando el terapeuta destaca las cosas positivas que hace el paciente, como, por ejemplo, acudir a la terapia a pesar de su escepticismo, mostrar buena voluntad para buscar un punto de encuentro con sus padres, querer evitar enredos con la justicia, y cosas de ese tipo, éste puede reaccionar con sorpresa y sentirse reconfortado. El éxito futuro: fijar los objetivos: Los objetivos claros, concretos y mensurables ayudan no sólo al terapeuta a comprender qué es lo que tiene que hacerse para resolver los problemas, sino que también aumentan las posibilidades de éxito del paciente.

Valorar los periodos de no consumo transcurridos: La tarea del terapeuta consiste en

examinar todas las cosas que el paciente haya hecho durante ese periodo de éxito. Y una vez que se integran en el repertorio de cosas sabidas, al paciente le resulta mucho más fácil empezarlas de nuevo.

Enfocar la atención sobre el control: implica que el paciente vencerá la necesidad apremiante de hacer, en vez de esperar pasivamente a que sucedan las cosas.

Reformular: dado que la percepción de las cosas es negociable, y dado que esta percepción de las cosas determina, por lo menos en parte, el comportamiento, muchas veces es mucho más útil ofrecer un punto de vista positivo de un acontecimiento que negativo.

La consejería breve

La consejería es la orientación y apoyo que recibe una persona para que comprenda el riesgo que supone consumir tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. Se considera como una intervención de primera línea y su uso sistemático se propone en toda persona que entra en contacto con los servicios de salud. Esta puede ser aplicada por un profesional de salud capacitado (Alba, 2013)

Se considera la intervención comportamental inicial para la cesación por ejemplo del tabaco una vez identificado el fumador, la cual puede ser realizada en menos de 10 minutos y en episodio único.

La principal finalidad de toda intervención breve consiste en ayudar al paciente a que comprenda el riesgo que supone consumir tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas y entienda los beneficios de abandonar el consumo, a fin de motivarlo para que intente dejarlo. También es posible emplear estas intervenciones breves para inducir a las personas a solicitar una remisión a un especialista o aceptar que se los derive a un tratamiento más intensivo.

Metodología: Hay varios métodos estructurados que pueden servir de guía para realizar estas intervenciones breves contra el tabaquismo, dado que orientan en el proceso correcto para conversar con los pacientes acerca del consumo de tabaco y ofrecer asesoramiento como la estrategia de las 5As y la estrategia de las 5Rs.

Estrategia de la 5As:

Sirve para ayudar a las personas a abandonar el tabaco. Consta de cinco pasos (Averiguar, Aconsejar, Evaluar, Ayudar y Organizar) y resume todas las actividades que un prestador de atención primaria puede hacer para ayudar a un consumidor de tabaco, puede ser aplicado entre 3 - 5 minutos. Este modelo puede guiarlo a través del proceso correcto para hablar con los pacientes que están listos para dejar el tabaco. (Luz, 2013)

Estrategia de las 5R:

Sirve para aumentar la motivación para dejar de fumar. Esta estrategia, es útil para trabajar con aquellas personas que no desean hacer el intento de dejar de fumar “ahora”. Está basada en algunas de las estrategias de la entrevista motivacional y se aplica cuando las personas no quieren dejar de fumar. Se utiliza la Relevancia, los Riesgos, las Recompensas, las Resistencias y la Repetición. El médico y todos los miembros del equipo de salud pueden dialogar estos asuntos con el paciente que no quiere dejar de fumar para ayudarlo a decidirse.

Reconocimiento autolesivo

Reconocimiento autolesivo, el paciente debe concebir al profesional como alguien con el que se puede contar, y el profesional debe esforzarse por no repetir el ambiente patológico invalidante que el paciente ha experimentado a lo largo de su vida. Se ha de lograr un equilibrio entre la aceptación de las emociones y las conductas y el esfuerzo por lograr su cambio.

Metodología: Se encaminan a mantener al paciente a salvo y asegurar su implicación en el tratamiento. Estos objetivos son, por orden de importancia (Linehan 1993a):

Reducir las conductas que atentan contra la vida del paciente: intentos de suicidio, pensamientos suicidas y autoagresiones.

Reducir conductas que interfieren gravemente en el tratamiento: no acudir a terapia, llegar tarde, acudir intoxicado, alejarse de las personas que proporcionan ayuda, no realizar las tareas terapéuticas o recurrir a la hospitalización como única forma de manejar una crisis.

Reducir conductas que interfieren de forma seria en la calidad de vida: uso de sustancias psicoactivas, trastornos de alimentación, absentismo laboral o escolar, descuido de enfermedades, no utilización de la red social de apoyo.

Estrategias de afrontamiento para los diferentes tipos de violencia.

Las estrategias de afrontamiento van encaminadas a la actuación de quien es víctima y considerando la percepción y el sentimiento que le despierta la situación estresante. (Akl Moanack et al., 2016)

Se permite eliminar aquellos comportamientos o sentimientos des-adaptativos por medio de estrategias o herramientas para la víctima. Incluye:

Fortalecimiento de autoestima o reestructuración cognitiva: disminución de aquellos pensamientos intrusivos como por ejemplo No soy capaz, tengo miedo etc., mediante la combinación de pensamientos positivos “Yo puedo, no tengo miedo”, además de la

vinculación e incorporación de otras actividades o redes de apoyo para el fortalecimiento de la autoestima.

Fortalecimiento de toma de decisiones: nuestra capacidad de tomar decisiones, tiene que ver con asumir riesgos, ser creativo y buscar alternativas a problemas o retos aún no existentes.

Empoderamiento.

Buscar ayuda de un profesional.

Directorio de instituciones o asociaciones a los que pueda acudir en busca de ayuda.

Terapia de relajación

Nuestro organismo reacciona a los pensamientos de ansiedad con tensión muscular y una serie de reacciones fisiológicas. Cuando una persona ansiosa interpreta una situación como amenazante, la respuesta de lucha y huida se activa, se liberan una serie de hormonas y el sistema nervioso autónomo prepara al individuo para responder a una situación de peligro.

Las técnicas de relajación tienen el objetivo de enseñar a los individuos a relajarse, a aprender a respirar correctamente y a disminuir la activación fisiológica. Existen diversos tipos de técnicas de relajación, por ejemplo, la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson o el entrenamiento autógeno de Schultz.

Beneficios de las técnicas de relajación

Los beneficios de las técnicas de relajación en el cuerpo y la mente son muchos. El objetivo principal siempre es aumentar el control de las situaciones estresantes y mantener un estado general relajado y de bienestar. Si conseguimos llegar a ese estado, los episodios de ansiedad serán mucho más esporádicos o incluso inexistentes.

Un buen entrenamiento de las técnicas de relajación también nos va a permitir alejar de nuestra mente esos pensamientos perturbadores que nos causan estrés.

Técnica de relajación basada en respiración de aterrizaje aquí y ahora

Respiración de aterrizaje aquí y ahora, Este ejercicio es ideal para apagar el piloto automático. Al practicarlo, la atención se centra en el momento presente y detiene el flujo constante de los pensamientos, recuerdos, imágenes o ideas. Es ideal para descargar de la tensión acumulada de una manera muy sencilla.

Para llevarlo a cabo, es necesario centrar la atención en la respiración. Se debe realizar una inspiración suave, profunda y constante por la nariz. Al llenarnos de aire, soltar enseguida el aire por la boca con intensidad, pero sin forzar la garganta. Al notar una distracción (que es normal), observamos qué es aquello que captó nuestra atención y regresamos de nuevo a la respiración.

Relajación progresiva

La técnica de relajación progresiva Jakobson fue creada en 1929 y aún hoy sigue siendo una de las más utilizadas. Básicamente consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares. Esta técnica se basa en que los pensamientos y comportamientos asociados al estrés provocan tensiones musculares. Cuando estamos tensos, nuestra percepción del estrés y la sensación de ansiedad aumenta. Al relajar la musculatura, conseguiremos controlar esas sensaciones.

Para obtener unos buenos resultados, la técnica debería practicarse durante al menos siete semanas. En este tiempo, la persona tendrá que aprender a tensar y relajar dieciséis grupos musculares de todo el cuerpo.

La etapa de tensión se realiza para que el practicante aprenda a identificar las sensaciones asociadas al estrés o ansiedad. De esta forma, cuando perciba esas sensaciones en su cuerpo, sabrá que tiene que relajarse. Al final de la etapa de aprendizaje y entrenamiento, el usuario será capaz de relajar su musculatura en cualquier momento sin necesidad de tensarla previamente.

Relajación progresiva Jakobson paso a paso:

11. Siéntate en una silla, con la espalda recta y las manos sobre las piernas en una posición relajada. Los dos pies apoyados en el suelo.
12. Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen. Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.
13. Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.
14. Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.
15. Arruga la cara. Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.
16. Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.
17. Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.
18. Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.
19. Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.

5. Bibliografía

- (S/f-a). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Integracion-academica.org website: <http://integracion-academica.org/attachments/article/187/03%20Intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20internacional%20-%20MHernandez%20ERVazquez.pdf>
- (S/f-b). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de W w w . uv.es website: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/conducta-alimentaria.pdf>
- (S/f-c). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Conicyt. cl website: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v46n3/art03.pdf>
- (S/f-d). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Edu.co website: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/149/digital_15726.pdf?sequence=1.
- Akl Moanack, P. M., Jiménez, E. P., & Aponte, F. L. (2016). Domestic violence against women: Coping strategies. *Cultura, Educación y Sociedad*, 2016(2), 105–121. <https://doi.org/10.17981/cultedusoc.07.2.2016.7>.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and static manual of mental disorders, DSM-IV-TR. 4 ed.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV- TR. Texto revisado. Masson. Barcelona. 2002.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, As.: Akadia
- Barrón-Rivera, A.J., Torreblanca-Roldán, F.L., Sánchez-Casanova, L. I. y Martínez-Beltrán, M. (1998). Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*, 40, 503-509
- Boscolo L., Bertrando P., Presentificare il futuro. En Boscolo, L., Bertrando P., I tempi nel tempo. Bollati Boringhieri, Turín, pp. 170-202.
- Bradley, C. (1997). Diabetes Mellitus. En A. Bau, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 432- 439). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Brantley, J. (2007). Calmar la ansiedad. Descubre cómo el mindfulness y la compasión pueden liberarte del miedo y la angustia. Ed. Oniro.
- Bulacio J. M. (2004) *Ansiedad, estrés y práctica clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Bs.
- C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-

1089). Madrid: Siglo XXI.

Campo-Arias, A., Oviedo, HC y Herazo, E. (2015). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 62 (3), 407–413.

Cautela, J. (1989) Técnicas de relajación. Martínez Roca. Barcelona.

Cebriá J, Bosch JM. ¿Médico o abogado del diablo? FMC. 2000;7:320-2.

Clínica, EP (s / f). OMS - ASSIST V3.0. Recuperado el 11 de febrero de 2021, sitio web de Who.int: https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf

De la salud con el objetivo principal de reducir, IT y. el M. de LT de U. de S. en LS de A. (s / f). La prueba de detección de consumo de. Recuperado el 11 de febrero de 2021, sitio web de Who.int: https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf

De Psicólogos, CG de CO (s / f). NUEVAS GUÍAS DEL NICE SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO De Shazer S., (1982), Patterns of brief family therapy. Nueva York: Guilford Press. De Shazer, S., (1978), Chiavi di soluzione in terapia breve, Astrolabio, Roma.

DE ALCOHOL. Recuperado el 11 de febrero de 2021, sitio web de Infocop.es: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3007/

Elzo, J. (dir) et al (2009): Las culturas de las drogas en los jóvenes y fiestas. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000) Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud Pública de México, 42, 56-64.

Estrés. (2016, 4 de octubre). Recuperado el 11 de febrero de 2021, sitio web de Marca.com: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psicologicas/estres.html>

Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979). MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Gállego Pérez-Larraya, J., Toledo, JB, Urrestarazu, E. y Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra , 30 , 19–36.

Guelfi, G.P., (1993), Autoaiuto e psicoterapia. Salute e Prevenzione 7-16, Roma.

Hume, A.L. (1989). Applying quality of life data in practice: Considerations for antihypertensive therapy.

Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2011). Intervención

breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud

Jiménez Chafey, M. I., & Dávila, M. (2007). Psycho-diabetes. Avances en Psicología Latinoamericana, 25(1), 126–143.

Journal of Family Practice, 28, 403-407.

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental, 21, 345-357

Kabat-Zinn, J. (2009). Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas ahí estás. Paidós.

Kanfer, F. H. y Goldstein, A. P. (1993). Cómo ayudar al cambio en psicoterapia (4ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Knight, S.J. y Camic, P.M. (1998). Health psychology and medicine: The art and science of healing. En P. Camic y S. Knight (Eds.), Clinical Handbook of Health Psychology (pp. 3-15). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Larrosa, M.P. (2010). Violencia de género: violencia psicológica. Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales.

Lovibond and Lovibond, 1995. P.F. Lovibond, S.H. Lovibond. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck. Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33 (1995), pp. 335-343

Luz Helena Alba, MG (1) Raúl Murillo, M en SP. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. Rev. Salud Pública de México / vol. 55, no. 2, marzo-abril de 2013.

Mahowald, M. W., & Ettinger, M. G. (2011). Trastornos del ritmo circadiano. En Medicina de los Trastornos del Sueño (pp. 581–590). Elsevier.

Manuel Escudero, P. C. (2015, marzo 23). Tratamiento del alcoholismo en Madrid por psicólogos especialistas. Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Manuelescudero.com website: <https://www.manuelescudero.com/psicologo-alcoholismo-madrid/>

Marta Cuyuch, M. A. (2016). Elementos de una historia clínica en psicología. Recuperado el 23 de febrero de 2021, de Slideshare.net website: <http://es.slideshare.net/September15/la-historia-clinica>

McGoldrick M, Gerson R. genogramas en la evaluación familiar. USA: Editorial Gedisa; 1987.

- McNeely, J., Strauss, S. M., Wright, S., Rotrosen, J., Khan, R., Lee, J. D., & Gourevitch, M. N. (2014). Test–retest reliability of a self-administered Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary care patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.007>.
- Meyer, L. Psychologist and psychotropic medication. *Monitor on psychology*. 2006; 37: 46. 27.
- Miller, W., Rollnick, S., (1994), *Il colloquio di motivazione*. Ed. Erikson.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.
- Nezu A, Maguth C, Lombardo E. *Formulación de casos y diseño de tratamientos CognitivoConductuales*.
- Nezu A. A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*; 1987; 7: 122 – 44.
- Nicuesa, M. (2017, noviembre 6). Qué es la psicología preventiva. Recuperado el 11 de febrero de 2021, de *Psicologia-online.com* website: <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-psicologia-preventiva-395.html>
- OMS | Depresión. (2017). Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T. y Posner, D. (2009). *Insomnio. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*. Desclee de Brouwer.
- Polo, J. V. P., & Díaz, D. E. P. (2011). *Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte*. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Primaria, H. A. (s/f). *Guía de práctica clínica*. Recuperado el 11 de febrero de 2021, de *Gov.co* website: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_HTA.pdf
- Psicología clínica y de la salud: ¿qué es y en qué consiste? (2020, junio 9). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de *Unir.net* website: <https://www.unir.net/salud/revista/psicologia-clinica-y-de-la-salud/>
- Psicología del Fumador. (s/f). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de *Cop.es* website: <https://www.cop.es/colegiados/A-00512/tabaco.html>
- Que es el estres? (s/f). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de *Ucm.es* website: https://webs.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community

- sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
- Rialp, Ediciones, S.A, José Manuel Bailón Blancas. No Te Rindas Ante la Depresión Edición 2 Editor Ediciones Rialp, (1989)
- Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*. 2017; 11(2): 73-81
- Rogers C. El poder de la persona. México: El manual moderno; 1980. Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós; 1986.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995; 23:325-34. Sáiz Ruiz, J., & Montes Rodríguez, J. M. (2003). Trastornos de ansiedad. *Medicine*, 8(106), 5693–5703.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Sánchez P. *Psicología Clínica*. 1a. ed. México: Editorial el Manual Moderno. 2008.
- Segal Z, Gerner M, Williams S. Differential cognitive therapy in major depression: changes with pharmacotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 108: 3 – 10.
- Sherbourne, C.D., Wells, K.B. y Judd, L.J. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213-218.
- Stuppaeck CH, Barnas C, et al. Assessment of the alcohol withdrawal syndrome - validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA- A). *Addiction*. 1994; 89:1287-1292. PubMed ID:7804089
- Sullivan JT, Sykora K, et al. Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addiction*. 1989; 89:1353-1357. PubMed ID: 2597811
- Thase M, Callan J. The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *J Psychotherapy integration*. 2006; 16: 162 – 67. 30.
- Todo sobre trastornos alimenticios. (2017, abril 19). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Ryapsicologos.net website: <https://www.ryapsicologos.net/salud-y-trastornos-mentales/trastornos- alimenticios/>
- Trastorno de conducta. (s/f). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Medlineplus.gov website: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000919.htm>

Trastornos por el uso de sustancias. (s/f). Recuperado el 11 de febrero de 2021, de Msdmanuals.com website: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>

Ulivi, G., Aprocio motivazionale, modello sistemico-costruttivista: due riferimento per un lavoro integrato sul tossicodipendente e la sua famiglia. Personalità/dipendenze Vol. 2, Enero 1996, Mucchi ed., Milán

Un enfoque basado en problemas. 1a. ed. Colombia: Editorial el Manual Moderno. 2006; 18 – 21.

Velasco, C.L. y Sinibaldi, G.J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual Moderno

Washington DC: American Psychiatric Association. 2000.

World Health Organization (2003). The World Health Report: 2002: Reducing risks, Promoting Healthy Life. Sadag: Autor.

World Health Organization. Mental health: Physical activity. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 dic 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q6/en/inde.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Fundación
Universitaria Sanitas

RUTA DE ATENCIÓN CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

