

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

**DIRECCION NACIONAL DE SALUD
MENTAL**

**ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
MENTAL PARA POBLACION EXPUESTA
A DESASTRES**

Autor:
Dr. Hernán Chávez Oleas
Médico Psiquiatra

Quito - 1999

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

**DIRECCION NACIONAL DE SALUD
MENTAL**

**ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
MENTAL PARA POBLACION EXPUESTA
A DESASTRES**

Autor
Dr. Hernán Chávez Oleas
Médico Psiquiatra

Quito - 2000

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Edgar Rodas Andrade
Ministro de Salud Pública

Dr. César Hermida Bustos
Subsecretario General de Salud

Dr. Javier Marmol
Subsecretario Nacional de Medicina Tropical

Dr. Fernando Sacoto
Subsecretario de Desarrollo Institucional

Dr. Ramiro Echeverría
Director General de Salud

Dra. Carmen Laspina
Directora Promoción y Atención Integral

Dr. Hernán Chávez O.
Coordinador Nacional de Salud Mental

Dr. Fernando Torres
Coordinador General Proyecto FASBASE

Quito - 1999

INDICE

	Pág.
Guía para la asistencia a la población	5
Emergencia Social	6
Comportamiento humano en emergencia	6
El pánico colectivo	9
Otros estados emocionales asociados a desastres	9
Evaluación del estado mental	10
Historia psicosocial	13
Examen del estado mental	14
Clasificación de trastornos mentales	18
Principios básicos para la intervención	19
Reacción de tristeza normal	19
Cuadros psicopatológicos asociados a desastres	21
Reacciona al stress agudo	21
Trastorno de stress postraumático	22
Depresión menor o reactiva	24
Depresión mayor	26
Ideación suicida	28
Ansiedad reactiva	30
Síntomas de aparente disturbio orgánico	32
Disociación histérica	33
Somatización	35
Estudios Nacionales sobre consecuencias Psicosociales de los Desastres	37
Bibliografía	48

GUIA PARA LA ASISTENCIA A LA POBLACION EN CASOS DE DESASTRE

Dr. Hernán Chávez Oleas

El tema de la Salud Mental y los desastres no constituye para nosotros una curiosidad tan solo. Representa una realidad y conlleva un interés práctico, ya que:

- El país está situado en una zona de alto riesgo para catástrofes.
- La Salud Mental en los desastres ha sido definida una prioridad dentro de las acciones en este campo dentro del país.

Los desastres naturales son más frecuentes en países en desarrollo, y sus consecuencias en ellos van a ser más graves. Es precisamente la pobreza y el subdesarrollo lo que potencia las consecuencias psicosociales de los desastres.

Los desastres causan destrucción, pero también nos han dado una lección: nos han obligado a prepararnos para hacerles frente. Nos han permitido conocer y estudiar la conducta humana en condiciones límites. nos han hecho conocer la capacidad de enfrentamiento, de recuperación de los individuos, así como el momento en que éstos claudican.

El comportamiento de los seres humanos frente a

un desastre depende de.

- La personalidad
- Experiencias similares
- Intensidad del desastre
- Tipo de pérdidas
- Amenaza de recurrencia
- Relación entre necesidades individuales y sistemas de apoyo

EMERGENCIA SOCIAL

"Emergencia Social" es un estado o situación experimentado por un grupo social, y que se presenta antes de una situación que pone en riesgo la vida o amenaza la integridad de las personas. También es una emergencia social la situación consecuentes a una catástrofe (terremotos, conflictos bélicos, inundaciones o desastres causados por la mano del hombre).

No necesariamente las catástrofes van presididas o seguidas de reacciones de pánico colectivo, éste depende de varios determinantes: preparación de la población, magnitud de la catástrofe, disponibilidad de ayudas, forma de instauración de la situación, amenazante, riesgo para la vida, tipo y modo de divulgar la información, etc.

COMPORTAMIENTO HUMANO EN EMERGENCIAS SOCIALES

- No siempre se deben esperar fenómenos de pánico, huida, desorganización, histerismo, etc.

- Es común la presencia de expectativa, incertidumbre y una alta sugestionabilidad que los hace proclives a respuestas en masa y a depender de un líder, así como a caer en estados de pánico.
- Puede observarse euforia, altruismo, falsas sensaciones de seguridad y de falta de temor natural, predisponiendo a actitudes temerarias, no siempre adecuadas, que pueden poner en peligro la seguridad del grupo.
- Por lo contrario también pueden estar presentes un estado de negativismo, tendencia a salvaguardar sus intereses particulares en desmedro de los demás

Un esquema del comportamiento humano normal ante la posibilidad de la agresión puede resumirse así

➤ **Fase de Amenaza** - Es muy marcada cuando se puede prever la posibilidad de una catástrofe. Se manifiesta como una marcada actividad, fuerte tensión emocional. Esta actitud puede ser beneficiosa si se traduce en preparativos para precautelar la integridad, en organización colectiva, en alerta; pero perjudicial si conduce al pánico individual, agresividad, actos delictivos, conductas egoístas.

➤ **Fase de impacto**.- No siempre va presidida de la fase de amenaza, en cuyo caso es relevante la sorpresa, el aturdimiento, ya que no habido la oportunidad de prepararse.

➤ **Fase de agotamiento** - Presente sobre todo cuando la situación amenazante es muy intensa y prolongada o cuando el desastre ha sido grave

persistente y sin ayuda adecuada. Se manifiesta por disminución de la capacidad física, mental y social, con actitudes derrotistas, pesimistas y pobre organización y participación.

➤ **Fase de recuperación** - En la que todos los recursos individuales y comunitarios se dirigen hacia la búsqueda de restaurar la vida normal.

Numerosos factores interfieren en la respuesta humana ante la posibilidad de un suceso amenazante para la integridad de la población, y conducen a ésta a comportamientos anormales descontrolados y desadaptativos *que impiden la organización y agravan las consecuencias de las catástrofes*. Uno de éstos comportamientos es el pánico colectivo, la difusión de rumores, la falta de experiencia y preparación, la falta de recursos, etc.

El miedo, temor o aprehensión, es un estado emocional normal, acompañado de una sensación de inseguridad y de fenómenos fisiológicos como aceleración del latido cardíaco, aumento de presión arterial, sudoración, sensación de sofocación o por lo contrario de enfriamiento. Frecuentemente el miedo es controlable por la persona o por la intervención de terceros; no es "contagioso", pero puede ser experimentado por grupos masivos, son justificados, reversibles, controlables e incluso pueden ser canalizados hacia un comportamiento más organizado, hacia la procura de solidaridad, racionalización de recursos etc

EL PANICO COLECTIVO

Es un estado emocional que puede instaurarse de modo brusco o progresivo, sumamente intenso, y que siendo anormal, e incontrolable *desorganiza la conducta de las personas, las desadapta y las vuelve vulnerables*. Muchas veces es una respuesta desproporcionada, y tiende a *propagarse*

Consecuencias del pánico colectivo han sido agresiones y destructividad, actos delictivos fugas descontroladas de la población y cometimientos de actos temerarios o suicidas en busca de evitar la vivencia de la catástrofe o de tener que recurrir a exprimir su violencia con otras personas. Una situación particular ocurre ante la amenaza de un conflicto bélico cuando la población presenta un "*pánico anticipatorio*" que los lleva a cometer actos impulsivos, audaces o temerarios como buscar premeditadamente la muerte. En otro tipo de desastres el temor, la incertidumbre, el rumor infundado, acrecienta la desorganización.

OTROS ESTADOS DE TENSION EMOCIONAL ASOCIADOS A DESASTRE

La población en el área de desastre es particularmente propensa a presentar estados de incertidumbre, angustia, inseguridad, miedo que no llega a constituirse como estados de pánico. La condición emocional de algunos pobladores alcanza límites francamente anómalos o patológicos y requieren por lo mismo la asistencia por parte del personal de salud. Son muestras de éste grado de afectación el

insomnio, la irritabilidad, el llanto frecuente, agresividad, inapetencia, sobresalto, rememoración de la situación amenazante, depresión, ansiedad, disminución de la productividad laboral, consumo de alcohol y drogas, conflicto familiar

EVALUACION DEL ESTADO MENTAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL DESASTRE

El trabajo de atención primaria debe estar capacitado para obtener una adecuada información acerca de los problemas físicos, psicológicos y sociales que las personas presentan. Para ello es necesario que desarrolle técnicas sencillas de entrevista y de exploración del estado mental.

Por su estrecha relación con la salud mental de las personas deben explorarse también algunos síntomas físicos, problemas de conducta y sociales.

➤ **Condiciones de la Entrevista**

1. Establecer una relación respetuosa
2. Buena disposición y paciencia
3. Brindar apoyo y comprensión
4. Demostrar auténtico interés.
5. Promover la empatía
6. Disponer de tiempo suficiente.
7. Separar al afectado del ambiente conflictivo.

☞ Por dónde se debe comenzar la evaluación de la población afectada por el desastre?

RESPUESTA: *investigando la historia psicosocial y haciendo el examen del estado mental*

☞ Historia Psicosocial

El estudio de la historia psicosocial del paciente comprende las siguientes áreas:

AREA No. 1. Datos familiares y personales

- Antecedentes de enfermedad mental suicidio, alcoholismo, epilepsia
- Problemas de desarrollo (infantil puberal, adultez)
- Abuso de alcohol y drogas
- Enfermedades orgánicas

AREA No. 2 Vivencia del conflicto (Desastre)

- Cómo experimento el peligro
- Pérdidas: muertes, desnutrición, empleo
- Lesiones físicas
- Planes para el futuro

AREA No 3 Repercusiones varias:

- Sueño, apetito, problemas físicos
- Nivel de energía interés y actividad
- Abuso de alcohol y drogas
- Cambios en la vida sexual

AREA No. 4 Apoyo social y comunitario

- Familiares, amigos, instituciones
- Situación de vivienda, económica / laboral.

⇒ **Evaluación del Estado Mental**

Busca identificar las alteraciones psicológicas, que pueden expresarse a través de diferentes síntomas.

1. Conducta: adecuada extraña, ~~in~~ ⁱⁿcoherente, o retrasada, sin finalidad práctica
2. Humor: deprimido, quiere quitarse la vida, llora, ansioso, tenso o preocupado, exaltado, eufórico.
3. Pensamiento: tiene sentido lo que dice? Sus ideas están acordes con la realidad? Dice cosas absurdas?
4. Percepción: Oye voces que nadie escucha o ve cosas que nadie ve ?
5. Orientación: Sabe la fecha, el lugar / sabe de la situación en que se encuentra ?
6. Memoria. Se acuerda de cosas que pasaron el mismo día y de aquellas que pasaron meses o años antes?
7. Concentración: Logra centrarse en atención o salta de un asunto a otro.

A continuación profundizaremos en los datos de la historia psicosocial y el examen del estado mental

HISTORIA PSICOSOCIAL

1. Datos familiares y personales:

La presencia de enfermedades mentales, suicidio, alcoholismo o consumo de drogas en el paciente o en la familia puede sugerir que el problema actual sea un nuevo episodio de una enfermedad previa o que tenga relación de herencia si algún familiar ha adolecido un problema familiar. Una persona puede desarrollar problemas emocionales ante determinado tipo de conflictos o estímulos específicos. El conocimiento de éste antecedente y forma de tratamiento aplicado, puede orientar en la solución del problema actual.

2. Vivencia del conflicto o desastre

La forma como acontece el conflicto puede sorprender a la persona sin recursos, o en una situación inestable: en cuyo caso la reacción será vivida con intensa angustia.

Del mismo modo, si el conflicto significa una pérdida de una condición, valor o persona, el conflicto será vivido con una carga emocional intensa.

Mientras más intensamente se ha vivido un conflicto, mayor es la posibilidad de una reacción psicopatológica.

3. Repercusiones:

Luego de vivido el conflicto puede aparecer repercusiones en el sueño, apetito, en el nivel de interés, energía y actividad, o consumo de tóxicos. La magnitud de éstas repercusiones nos pone sobre aviso de la posibilidad de que se esté instaurando un trastorno psíquico

4. Apoyo Social y Comunitario:

La persona que ha vivido un desastre y dispone de apoyo emocional financiero, material o de otro orden proveniente de familiares, amigos, vecinos o instituciones es una persona menos fragil ante un conflicto o con mayores responsabilidades de repercusión que aquella persona que carece de éstos recursos de apoyo.

El análisis del ESTADO MENTAL en cambio nos ayuda a la detección de síntomas o signos de trastorno.

EXAMEN DE ESTADO MENTAL

1. Conducta hiperactiva:

En casos de psicosis con agitación en algunas formas de ansiedad, en intoxicación por drogas estimulantes y alcohol

Retrasada o lenta: En la reacción de pesar, en la depresión menor y mayor en intoxicaciones por drogas depresoras, en algunas formas de psicosis

Extraña, sin fin práctico: En la psicosis

2. Humor

Deprimido: En la reacción de pesar, las depresiones mayor y menor, en consumo de drogas depresoras.

Ansioso: En la ansiedad reactiva, el trastorno por estrés postraumático, en algunas formas de depresión, en el inicio de cuadros psicóticos.

Exaltado, eufórico: En la psicosis con agitación (manía), al inicio de la intoxicación alcohólica, en el consumo de drogas estimulantes.

3. Pensamiento:

El pensamiento puede alterarse en el curso o velocidad con que fluyen las ideas. Un curso lento o retardado se ve en la depresión, en algunas psicosis como la esquizofrenia.

Un curso acelerado se ve en la manía y en la intoxicación por drogas estimulantes. El contenido alterado del pensamiento se evidencia por ideas delirantes u obsesivas o sobrevaloradas.

4. Percepción:

Oye voces que nadie escucha.

Se encuentra en algunas formas de depresión mayor, en las psicosis y en las intoxicaciones por

drogas

5. Orientación:

No sabe fecha ni lugar: En depresión grave en la psicosis, en intoxicación (crónica y aguda) por alcohol y drogas

No sabe quien es: depresión mayor grave, algunas formas de psicosis, intoxicación grave por tóxicos

No sabe en qué situación se encuentra

En la depresión grave, en las psicosis, en la intoxicación aguda por el alcohol y drogas

6. Memoria:

La pérdida de la memoria de los hechos recientes se encuentra en algunas veces en la reacción de pesar, en el trastorno por estrés postraumático, en la intoxicación alcohólica y por drogas y en enfermedades físicas graves que alteran el estado mental.

La pérdida de la memoria para los hechos remotos puede encontrarse en algunas personas con depresión mayor grave y con psicosis que hayan dejado secuelas (Psicosis con conducta e ideación extrañas)

7. Concentración:

Las dificultades para centrar la atención y

mantenerla en un hecho preciso se puede encontrar como un síntoma inespecífico en todos los trastornos mentales, pero es más evidente en los estados de ansiedad graves, en las psicosis con agitación y en el consumo de drogas estimulantes

A continuación, a manera de una guía elemental, haremos una agrupación de signos y síntomas sugestivos de los síndromes y entidades nosológicas asociadas a la vivencia de desastres:

Clasificación

MANIFESTACIONES	AREA PSIQUICA COMPROMETIDA	DISTURBIO PROBABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta enlentecida, inhibida, pensamiento lento • Pesimismo, desinterés, Ansiedad • Disminución del sueño y apetito • Ideación suicida 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción de duelo o pesar • Depresión menor (reactiva) • Depresión menor
<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Irritabilidad • Disminución memoria • Pobre concentración • Inseguridad • Insomnio • Sensación de muerte • Dolor de cabeza • opresión de pecho 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad reactiva • ansiedad postraumática
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta extraña • Ideas absurdas, falsas • Euforia • Alucinaciones • Pensamiento bloqueado • No reconoce estar enfermo 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta • Pensamiento • Relación con el mundo externo 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosis con agitación y euforia a) Asociada a enfermedad física b) Sin presencia de enfermedad física • Psicosis con conducta e ideación extraña • Abuso de alcohol
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo masivo de alcohol, borracheras, deterioro social, laboral, necesidad de "asentar el chuchaqui". Amnesia cuando bebe. • Problemas legales, riñas o peleas estando ingiriendo alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta y hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia al alcohol
<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis • Malestar indefinido, "ceguera" • Convulsiones, náuseas, mareos • Desorientación • Dolor de cabeza o abdomen • Desmayos 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas aparentes de disturbio orgánico o corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Simulación • Conversión • Somatización

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA INTERVENCIÓN

1. Establecer una relación de ayuda: sincera, espontánea, bien dispuesta, cordial y madura
2. Identificar y definir el problema rural, sin pretender abarcar la problemática global del paciente o aquella que escapa a nuestras atribuciones.
3. Evaluar los recursos disponibles por parte del paciente la familia y la comunidad para la resolución del problema.
4. Involucra a la familia en el proceso de ayuda
5. Desarrollar un plan de intervención que utilice los recursos a la mano y que afronte las exigencias más urgentes del paciente.
6. Ejecutar el plan propuesto.
7. Observar frecuentemente la evolución del paciente.
8. No dudar en remitir al paciente al especialista cuando no hay mejoría razonables en un tiempo prudencial o si surgen complicaciones.

REACCION DE TRISTEZA NORMAL O AFLICCION

Luego de la pérdida de un bien material o de un ser querido, es completamente normal que las personas

presenten temporalmente una respuesta afectiva caracterizada por la tristeza, pesadumbre, aflicción, lo cual no significa que la persona esté con una enfermedad depresiva, sino con una reacción temporal, psicológicamente comprensiva caracterizada por:

- Tener siempre una causa
- Los síntomas son proporcionados a la causa
- Son temporales, duran hasta un máximo de 4 a 8 semanas
- Son comprensibles psicológicamente, es decir, constituyen una respuesta Lógica.
- No tienen repercusiones graves sobre la conducta ni el desempeño sociofamiliar y laboral.

La reacción de tristeza normal tiene las siguientes etapas:

1. Incredulidad ante el suceso traumático
2. Rebeldía ante lo sucedido
3. Tristeza
4. Aceptación e incorporación de la experiencia a la vida psíquica de la persona sin que queden "traumas".

El trabajador de Atención Primaria en salud mental (TAP) ante éstos casos debe, no obstante que es una reacción normal y pasajera, proveer ayuda a la persona afectada con el objeto de que no "irradie" su condición afectiva a otras personas vulnerables agravando así las consecuencias psicosociales de los desastres. Para ello debe:

1. Aplicar los "principios básicos para la intervención"

señalados en páginas anteriores

2. Indicar la transitoriedad de la reacción.
3. Aceptar que la persona -si así lo desea- haga rituales de aceptación del evento, como por ejemplo, visitar el lugar, poner señales recordatorias, etc.
4. Ayudar a que razone sobre la visión sombría de su vida
5. Permitir que continúe haciendo sus actividades cotidianas.
6. Ayudar a que encuentre posibles ayuda comunitarias, familiares o de otras fuentes.
7. Sugerir posibles soluciones
8. Mantener vigilancia sobre la persona, por que algunas veces una reacción de duelo normal puede convertirse en una depresión y otro problema psicopatológico.

<p style="text-align: center;">CUADROS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS DESASTRES</p>
--

☉ **Reacción al Estrés Agudo**

Este cuadro constituye un trastorno transitorio que puede darse en personas absolutamente normales, pero que expuestas a un estrés físico o psicológico muy

intenso responden en los siguientes minutos a la exposición del evento traumático con síntomas fluctuantes de “embotamiento”, temor intenso inquietud o agitación motora, ira, pérdida del control de sus impulsos, marcada ansiedad y síntomas neurovegetativos. Esta sintomatología se resuelve rápidamente cuando se aleja a la persona del sitio del desastre o cualquier otro evento traumático; o si este persiste, de todos modos los síntomas comienzan a disminuir en los días siguientes.

Frente a esta condición el trabajador de atención primaria debe:

1. Adoptar una actitud tranquila pero firme
2. Proveer la información necesaria
3. Involucrar a los afectados y delegar responsabilidades
4. Señalar la transitoriedad de los síntomas
5. En casos muy excepcionales se requiere administrar un sedante o hipnoinductor por un par de días o máximo 1 semana.

Algunos de estos pacientes debido a una vulnerabilidad particular o una falta de capacidad de adaptación, agravan su condición en los días siguientes y lo que en principio constituyó una reacción normal se transforma en un trastorno que requiere tratamiento.

➤ **TRASTORNO DE ESTRESS POSTRAUMATICO**

Este trastorno surge como una respuesta tardía en personas que se han expuesto a un impacto psicológico de tipo catastrófico o excepcional, capaces de

ocasionar malestar a la mayoría de personas (por ejemplo, desastres naturales o causados por el hombre, guerra, violación, accidentes graves, peligro de muerte, etc.) son características de este trastorno:

- Recuerdos reiterados o sueños con un contenido similar o muy parecido a lo que sintió durante la experiencia
- Durante ese momento sensación “ensimismamiento” y falta de respuesta
- Tendencia a evitar los recuerdos del trauma
- Sensación de sobresalto e insomnio, ansiedad y depresión.

Los síntomas que se han descrito aparecen en los seis meses siguientes a la experiencia, aunque eventualmente pueden presentarse de modo más tardío.

El trabajador de atención primaria puede manejar estos casos cuando:

1. No existen recursos especializados y el número de personas afectadas es grande
2. No ha habido una grave repercusión socio laboral y familiar por el trastorno
3. Los síntomas son hasta cierto punto controlables y no se agravan

El manejo a nivel de la atención primaria debe:

1. Aplicar los principios generales para una entrevista.
2. Hacer la historia psicosocial y el examen del estado mental para conocer otros síntomas en otras áreas del psiquismo.
3. Establecer una relación de confianza con el paciente
4. Ayudarle a aceptar el trauma haciendo ejercicios mentales de la exposición al mismo, al tiempo que se lo hace relajar y tranquilizar.
5. Promoviendo una actitud positiva.
6. Resaltando los logros del paciente.
7. Favoreciendo la recreación, trabajo y reposo.
8. Los médicos pueden administrar en algunos casos hipnoinductores o sedantes para controlar los síntomas de insomnio ansiedad y tensión muscular.

Debe enviarse el paciente a un especialista cuando haya un progresivo retraimiento socio laboral, presente ataques de pánico y pérdida del control de modo recurrente, haya desorientación, conductas, ideas extrañas, es decir, aquellos casos cuya evolución sea desfavorable y tienda a agravarse.

➔ **DEPRESION MENOR REACTIVA**

Se caracteriza por:

- Tener una causa concreta.
- Son comprensibles psicológicamente.
- Tristeza es desproporcionada e intensa.
- Pueden cronificarse y dejar secuelas.

- Alteran el funcionamiento sociolaboral.
- Afecta ciclos vitales (sueño-vigilia, apetito)

Sus síntomas más sobresalientes son:

- Estado de ánimo muy triste y desesperado
- Pérdida de interés
- Sentimientos de culpa y llanto frecuente
- Pensamientos repetitivos sobre un mismo tema.
- Trastorno del sueño y el apetito.
- Tiene muchos síntomas corporales sin encontrarse la causa
- No da sentido a su vida y se siente inútil.
- Ideas de acabar con su vida

El T.A.P. puede manejar estos casos cuando:

- Es el primer episodio
- No es de mayor gravedad
- El afectado solicita atención inmediata
- El T.A.P. tiene delineado un plan práctico
- No hay conducta autodestructiva

El T.A.P. frente a esto debe:

- 1 Fomentar el diálogo y el desahogo
- 2 Promover la racionalización y explicación
- 3 Plantear conjuntamente posibles soluciones
- 4 Permitir continúe con actividades usuales
5. Resaltar aspectos positivos del paciente.
6. Aconsejar una actividad y reposo suficientes.
- 7 Realizar reuniones periódicas para evaluar los progresos del paciente.

LOS MEDICOS pueden usar psicofármacos antidepresivos o ansiolíticos, como un recurso complementario en algunos casos muy graves o resistentes a las medidas anteriores.

El T A P debe derivar los casos en que cualquiera de los siguientes criterios esté presente.

- 1 Tiene ideas suicidas y homicidas.
2. Muy aislado, no cuida de si mismo.
- 3 Conducta e ideación incongruente
- 4 No hay evidencias de mejoría, luego de 1-2 semanas de aplicar las medidas sugeridas para el T.A.P

☉ DEPRESION MAYOR

Qué es?

Es una enfermedad básicamente afectiva, que puede o no aparecer luego de un conflicto y que más bien depende de factores hereditarios y constitucionales

Se caracteriza por

- Ser generalmente graves
- Se presentan ciclicamente (aparecen y desaparecen)
- Son crónicas
- Ocasionan graves consecuencias sociolaborales académicos familiares, etc.