# Protocolos de Atención a los Problemas más Frecuentes De Salud Mental

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala**

**Programa Nacional de Salud Mental**

**Guatemala Diciembre de 2006**

## Presentación

Aun y cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que es una necesidad imperiosa el pasar a la acción en el tema de salud mental con el objetivo de reducir la carga que representan los trastornos mentales en todo el mundo, es evidente que este propósito se encuentra aún lejano de ser una realidad en la mayoría de países de bajo y mediano ingreso.

De acuerdo a Mirta Roses, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se espera que el número de la personas con trastornos mentales en la región de las Américas aumente de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010. A pesar de esta alarmante referencia, poco se ha realizado en intervenciones concretas para afrontar las previsibles consecuencias.

Es un hecho conocido y apoyado con la evidencia, que la asistencia sanitaria a las personas que presentan trastornos mentales, a través de los médicos de atención primaria, presenta potenciales ventajas en términos de costo-efectividad, mayor accesibilidad y aceptación por parte de la población. De esa cuenta es un recurso que es necesario impulsar.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, a través del Programa Nacional de Salud Mental, como ente regidor de las intervenciones en salud mental del país, reconoce la necesidad de proponer e implementar guías y protocolos clínicos que brinden al personal de los niveles primario y secundario de atención de salud, pautas y estrategias que orienten sus actuaciones en la práctica cotidiana encaminadas a brindar un servicio de calidad. De igual forma apoyar los procesos formativos del Ministerio de Salud ofreciendo herramientas diagnósticas y de recolección de insumos para el análisis y el diseño o modificación de dichas intervenciones, lo que a su vez genere propuestas y acciones concretas en el diseño y ejecución de programas de investigación.

El presente instrumento pretende sentar las bases de un proceso dinámico en la generación de modelos propios con enfoque de género y que sean culturalmente competentes y adaptados a la diversidad del país.

Licenciado
Alfredo Antonio Privado Medrano
Ministro de Salud Publica y Asistencia Social

## Índice

| | | Página |
|---|---|---|
| 1. | Introducción | 4 |
| 2. | Objetivos | 5 |
| 3. | Marco legal | 6 |
| 4. | Metodología | 9 |
| 5. | Guía de Diagnóstico Clínico | 12 |
| 6. | Guías Clínicas de Atención de los Problemas más frecuentes de salud mental. | 20 |
| 7. | Bibliografía | 49 |
| 8. | Anexos | 51 |

## 1. **Introducción**

La creación de protocolos o guías clínicas, se ha vuelto de uso común en los últimos años. Incluso se han escrito “guías para las guías”, en un esfuerzo por hacer más accesible a los equipos de atención primaria de salud (APS), la gran cantidad de protocolos, manuales, normativos, etc. que se han generado con el objetivo de garantizar una atención de calidad a través de procedimientos estandarizados.

Es innegable, sin embargo, que muchas veces, estas publicaciones exceden en número, la capacidad de lectura y consulta del personal de atención. De esa cuenta, es necesario realizar instrumentos que, basados en la evidencia y la experiencia, brinden las suficientes herramientas prácticas para afrontar la práctica diaria.

El presente instrumento esta dirigido entonces, a los prestadores de servicio en el nivel primario y secundario del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Dado que dicho sistema presta atención directa a la población guatemalteca sin distingo alguno, es esta la población objetivo para la cual los presentes protocolos han sido diseñados.

Los procedimientos y contenidos de las siguientes guías, han sido basados en la evidencia disponible, pero también se han enriquecido con la experiencia y conocimiento de varios expertos, especialistas en salud mental, proveedores de servicio y oficiales administrativos. Se reconoce entonces, la plasticidad de las líneas temáticas, conceptuales y de los procedimientos en general, los cuales se pretende sean retroalimentados en un proceso dinámico cuyo producto final sea la generación de modelos e instrumentos propios, basados en experiencias particulares, con equidad de género y culturalmente competentes y que permitan a su vez aportar insumos para programas de investigación y generación de capacidad local.

## 2. Objetivos

- Orientar el proceso de abordaje diagnóstico y terapéutico en salud mental en el primer y segundo niveles de atención en salud.
- Iniciar el reconocimiento y registro de los problemas de salud mental más comunes en la atención primaria de salud.
- Normar y fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en la atención de salud mental.
- Propiciar la evaluación del riesgo suicida y promover su prevención.
- Generar insumos para los procesos de evaluación de las intervenciones y el desarrollo de programas investigación.

# 3. **Marco Legal**

## Constitución Política De La República De Guatemala

**Articulo 93. Derecho a la Salud**. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.
**Articulo 94. Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social**. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.
**Articulo 98. Participación de las comunidades en programas de salud**. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

## Acuerdos De Paz Sobre Aspectos Socioeconómicos Y Situación Agraria

> "Gasto público en salud: aumentar en un 50% respecto del gasto ejecutado durante 1995. El gasto publico en salud para el año 2000, en relación con el Producto Interno Bruto y presupuestar por lo menos 50% del mismo en atención preventiva."
>
> "Descentralización y desconcentración de los servicios de salud. Poner en marcha la organización descentralizada de los distintos niveles de atención, para asegurar la existencia de programas y servicios a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud".

## Ley Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Intrafamiliar. (Decreto No. 97-96)

**Articulo 1. Violencia Intrafamiliar**. *La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito publico como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o exconyuge o con cualquiera con quien se haya procreado hijos o hijas."*
***Articulo 7. De las Medidas de Seguridad****.*
*" b) Ordenar la asistencia obligatoria a instituciones con programas terapéutico-educativos, creados para ese fin."*
***Articulo 13. Ente asesor*** … *La Procuraduría General de la Nación….4) Recomendará la modificación de los patrones socioculturales de conducta de*

*hombres y mujeres, inclusive el diseño de programas de educación formales e informales, apropiados para todos los niveles del proceso educativo, con el fin de contrarrestar prejuicios, costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad de cualquiera de los géneros o en los estereotipos para el hombre y la mujer, que legitiman o exacerban la violencia contra las personas."*

**Código De Salud De Guatemala:**

***"Articulo 1. Del Derecho a la Salud**. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.*
***Articulo 2. Definición**. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las* poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de *procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.*
***Articulo 4**. (Reformado por el Articulo 1 del Decreto Numero 53-2003, del Congreso de la Republica) Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.*
***Articulo 6. Información sobre salud y servicios**. Todos los habitantes tienen en relación con su salud, el derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados con la pérdida de la salud y la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho."*

**Políticas De Salud 2004-2008 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**

1. Fortalecimiento del papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención.

3. Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales.
4. Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
5. Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Publica y Asistencia social como elemento básico de apoyo a la prestación de servicios de salud.
6. Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.
7. Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.

Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud

# 4. **Metodología.**

La realización de los presentes protocolos, siguió la guía conceptual y metodológica sugerida en el programa “Evaluación de Guías de Práctica Clínica” de “The AGREE Collaboration” (por sus siglas en inglés para "Appraisal of Guidelines Research and Evaluation”) desarrollado en Europa por un extenso equipo multidisciplinario y apoyado por la Organización Mundial de la Salud. Dicho instrumento considera seis distintas áreas indispensables a tomar en cuenta en la elaboración de Protocolos o guías clínicas: Alcance y Objetivo, Participación de los implicados, Rigor en la elaboración, Claridad y presentación, Aplicabilidad y, finalmente, Independencia editorial. El modelo propuesto, permite así mismo, la evaluación y replanteamiento de los instrumentos estableciendo una línea basal que puede ser monitoreada.

Los procedimientos específicos seguidos en la elaboración de este instrumento fueron los siguientes:

i) **Revisión de Bibliografía:** Se realizaron consultas sistemáticas a través de medios electrónicos en las bases de datos de uso acostumbrado y cuya confiabilidad es ampliamente reconocida (LILACS, Medline, Pubmed, etc.) asi mismo se realizó una revisión presencial en dos bibliotecas especializadas, la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Las palabras clave para la búsqueda electrónica incluyeron, entre otros “protocolos de salud mental” “atención primaria de salud mental” “mental health guidelines” “salud mental” etc. Se revisaron las publicaciones obtenidas y se incluyeron aquellas consideradas relevantes para nuestros objetivos. Se privilegiaron las publicaciones en idioma castellano y aquellas que describieran experiencias latinoamericanas o que fueran culturalmente relacionadas a la realidad Guatemalteca. Es importante señalar, sin embargo, la poca representación de estas en las publicaciones “en linea”. Así mismo la visita a las bibliotecas especializadas aportó básicamente documentación técnica de salud mental y elaboración de protocolos.

ii) **Recolección de información epidemiológica:** Se revisaron fuentes de información especializada para obtener datos epidemiológicos generales a nivel mundial tales como el Centro de Control de Enfermedades (CDC siglas en inglés para Center for Disease Control), los Institutos Nacionales de

Salud Mental de Estados Unidos y varios países Europeos, las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones de varios Ministerios de Salud Latinoamericana (Costa Rica, El Salvador, Chile, Colombia y México). Así mismo se consultó al Programa Nacional de Salud Mental y al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. En ese sentido es importante notar que, actualmente, no se registra apropiadamente mucha de la información relacionada a salud mental en el país.

**iii)** **Consultas a especialistas y expertos:** Se elaboró un cuestionario de preguntas mixtas (abierta y cerrada) para obtener la opinión de clínicos en psiquiatría, y médicos de salud pública, con respecto a la introducción en la atención primaria de salud (APS), de aspectos de salud mental. Así mismo se condujeron entrevistas abiertas con expertos claves sobre las características, conceptuales y temáticas, que debieran tener los protocolos para ser utilizados a nivel de APS.

iv) **Consultas a proveedores de servicio a nivel primario y secundario:** Se siguió el mismo procedimiento descrito en el inciso anterior para entrevistar a enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadoras sociales y médicos prestadores de servicio en los niveles primario y secundario del Sistema Nacional de Salud.

v) **Validación interna**: Se presentó el borrador inicial al equipo del Programa Nacional de Salud Mental y expertos clave del Ministerio de Salud, quienes sugirieron modificaciones y adiciones.

vi) **Validación Externa**: Se realizó un taller con representantes de distintas áreas de salud del sistema nacional, en donde se presentó el instrumento y se discutieron aspectos particulares del mismo.

Las recomendaciones finales fueron realizadas tomando en cuenta las consultas realizadas pero priorizando la evidencia consultada y los aspectos relevantes producto de los procesos de validación. En ese sentido se dispuso seguir la línea general propuesta por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a guías de atención clínica en atención primaria de salud. Se realizaron modificaciones para dividir las intervenciones de acuerdo a nivel de atención (primario o secundario).

De la misma forma se consideraron factores culturales particulares para garantizar su aplicabilidad a nivel local.

Se entiende que el presente instrumento constituye una propuesta dinámica que precisa de ser enriquecida en la práctica diaria y con la experiencia y participación de todos los niveles involucrados; pero también se proponen los mecanismos estratégicos para poder retroalimentar el modelo a través del aporte basado en la evidencia y que al mismo tiempo genere insumos para el desarrollo de programas de investigación.

# 5. Guía Breve de Diagnóstico Clínico

**Recomendaciones Generales.**

La siguiente Guía pretende ser un aporte conceptual que brinde al proveedor de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) los elementos básicos para entender y practicar el examen mental y debe ser utilizada entonces, como un primer acercamiento a la atención clínica en salud mental.

Desde luego, la práctica cotidiana no siempre posibilita –ni precisa- la realización "paso a paso" y con detalle, de todos los aspectos presentados en esta sección, de manera que esta deberá ser utilizada como referencia, entendiendo que en la clínica el acercamiento clínico deberá ser más directo y enfocado a el o los motivos de consulta, describiendo lo que sea relevante para el diagnóstico que se haya establecido y utilizando los instrumentos que sean necesarios. (ver anexos)

**Pautas de Abordaje para entrevista inicial y escucha reflexiva**

A continuación se describen algunos lineamientos básicos para el abordaje clínico a las personas aquejando problemas de Salud Mental. La descripción que sigue incluye aspectos clínicos, teóricos y técnicos, sin embargo, el aspecto humano al momento de emprender la evaluación de los pacientes, debe ser uno de los ejes transversales que no está de más recordar.

**Principios generales**

**Expresar empatía**.-Significa aceptar y respetar al paciente intentando comprender sus pensamientos y emociones en un acercamiento humano.

**Evitar discutir** con el paciente sobre puntos particulares de su relato

**Hacer preguntas abiertas**.-Las que no se pueden contestar simplemente con un si o un no. Permiten y animan al paciente a explicarse

**Pautas específicas.**

• Garantizar un ambiente adecuado y tranquilo para la entrevista.
• Procurar que ambos se puedan sentar cómodamente y en una posición en que el entrevistado lo pueda mirar a la cara directamente y usted pueda responder mirándolo a los ojos.
• Si la persona está acostada por razones de salud, preguntar si puede sentarse y ayudarla a hacerlo, asegurándose de que esté cómoda.
• Adaptar el tiempo de la entrevista a las condiciones de salud del entrevistado.
• Aunque es importante tener un cierto orden en la entrevista, se puede ir modificando el plan de la misma de acuerdo con las circunstancias.
• Evitar las interrupciones frecuentes.
• Siempre que sea posible, es preferible agotar un tema antes de pasar a otro, e ir de lo más simple a lo más complejo. Anotar si hay un tema específico que el entrevistado evita.

• Una vez que la persona haya hablado libremente, comenzar con las preguntas pertinentes de acuerdo con el caso, tanto para aclarar mejor lo relatado como para averiguar sobre aspectos que no hayan sido tratados espontáneamente o hayan sido eludidos.
• Tratar de no comenzar las preguntas en "¿Por qué?" puesto que ello puede ser interpretado como una intención de crítica o cuestionamiento directo.
• Mantener un orden lógico y coherente en las preguntas.
• No pretender agotar todo el tema en una sola entrevista, pueden quedar aspectos o informaciones pendientes que pueden ser tratados en otras citas, cuando haya una mayor confianza o menor alteración emocional.

A veces las personas se muestran reticentes cuando se les pregunta por antecedentes o aspectos más íntimos o que parecieran no tener relación con lo que actualmente les sucede, sobre todo por el impacto que las memorias de los sucedido puedan tener. Aunque resulta útil comentar que el deseo es ayudarle y que será mas fácil hacerlo si se conocen mejor los detalles de su vida a través de lo que él pueda contarle, respete siempre el silencio y la decisión de la persona a no hablar si no se siente cómoda de hacerlo.

**Escucha reflexiva**.-
Es una de las habilidades fundamentales en la entrevista inicial. Se trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones.

Estas afirmaciones pueden ser:

**Repetición:** de alguna palabra que ha dicho el paciente y nos pueda parece importante

**Refraseo**: Lo mismo que la repetición, pero cambiando la palabra por algún sinónimo

**Parafraseo**: Reflejar lo que ha dicho el paciente, pero con otras palabras

**Señalamiento emocional**: frases que muestran sentimientos o generan emociones ("Te noto preocupado" "Parece que te emociona hablar de esto")

**Resumir** destacando lo que nos parece más importante

**Pautas para la evaluación del estado mental e Identificación de factores de riesgo.**

La evaluación del estado mental a nivel individual deberá incluir al menos:
• realizar una entrevista abierta de tipo individual;
• analizar los antecedentes de la persona enfatizando los aspectos psicosociales
• entrevistarse con familiares o amigos, y
• realizar un examen mental mínimo.

**Pautas básicas para la entrevista individual**

• En la entrevista, debe analizarse la presentación personal y la actitud del sujeto en referencia a sus antecedentes y a su situación actual, y la manera como reacciona a la entrevista: ¿cómo está vestido?, ¿su arreglo personal concuerda con sus antecedentes?, ¿hay alguna explicación para que su apariencia sea inadecuada o extraña? Recuerde evaluar a la persona en su contexto particular el cual puede determinar una apariencia que puede ser, erróneamente, interpretada como de descuido deliberado .

• Sintetizar los elementos fundamentales de lo contado, ordenándolos y después, en una pausa, explicar lo que se ha entendido. Ejemplo: "Si le he entendido bien, usted ha tenido…" o "Me da la impresión de que usted se siente…". Permitir que la persona corrija y complemente, si la apreciación ha sido errada o incompleta

Hacer una entrevista familiar siempre resulta útil para complementar y aclarar aspectos de la información aportada y para buscar cooperación de la familia en el manejo. Consultar siempre con la persona su opinión sobre hablar con su familia al respecto de sus problemas y comentar que el propósito es únicamente ayudarle y facilitar su recuperación.

Recopilación de antecedentes personales, en especial de índole psicosocial. Los antecedentes personales pueden ser útiles para identificar condiciones de riesgo o protección.

Generalmente, los antecedentes se obtienen en la propia entrevista con la persona afectada o mediante familiares y amigos. Comprenden los datos básicos de la historia personal y de su entorno familiar y social.
Resulta importante destacar los siguientes elementos:

- Datos personales;
- Antecedentes de enfermedades, incluso las psiquiátricas y neurológicas;
- Funcionamiento familiar; (ver componente de abordaje familiar)
- Presencia de conductas violentas o abuso de alcohol en el medio familiar.
- Rasgos importantes de desarrollo en la infancia, incluido el rendimiento escolar, para tener una idea global del nivel de inteligencia de la persona
- Adaptación social y laboral en las diferentes etapas de la vida
- Información sobre rasgos de personalidad (sociabilidad, conflictos interpersonales, patrones de reacción a conflictos y estabilidad en relaciones y empleos)
- Creencias y valores, por ejemplo, religiosos (que pueden ser un factor protector)
- Hábitos de recreación y uso del tiempo libre
- Antecedentes patológicos (enfermedades físicas o mentales), con especial mención de las enfermedades crónicas o de larga evolución,

para evaluar el estado previo de salud y la existencia de secuelas o de trastornos.
- Antecedentes de consumo de alcohol o drogas.

**Examen mental** mediante el cual se obtiene información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria, el estado de ánimo. Estos son parámetros que forman parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos. De nuevo, las características propias de la APS no siempre permiten realizar un examen mental completo, por lo que este deberá realizarse en función de el motivo de consulta buscando evaluar lo que se relacione a este.

Habitualmente, mientras transcurre la conversación con la persona se va recogiendo información sobre estos distintos parámetros: la forma cómo se viste, cómo se desenvuelve, cómo conversa, cómo analiza la situación, el tipo de preguntas que hace, etc. Todo esto lleva a formarse una imagen respecto al nivel de conciencia, la inteligencia, el estado anímico, la educación de la persona, el temperamento.
Esta evaluación debe estar de acuerdo al nivel y contexto socio-cultural particular. Si la instrucción del paciente es muy básica, no se podrán solicitar operaciones complejas de tipo matemático o que requieran conocimientos que nunca adquirió.
La evaluación completa del estado mental comprende los ítems que se describen a continuación, el proveedor de servicios decidirá cuales procedimientos se adecuan a las necesidades propias de cada paciente basadas en el motivo de consulta:

**Orientación**
Este parámetro se refiere al grado de ubicación de la persona con respecto al medio que lo rodea así como su disposición en él y el rol que desempeña..
- **Orientación en el tiempo**: Se pregunta: ¿En qué fecha estamos? ¿En qué mes? ¿En qué año? ¿Qué día de la semana?...etcétera.
- **Orientación en el espacio**: ¿Dónde se encuentra usted? ¿Está en un hospital? ¿En su casa? ¿Qué hospital es?...
- **Orientación en persona**: ¿Quién soy yo? ¿Qué labor desarrollo? Si está presente un familiar: ¿Quién es esa persona?
  **Al describir refiera como**: Orientado/a en tiempo, espacio y persona, según sea el caso.

**Nivele de conciencia:**
- **Alerta.** Estado de plena lucidez. Corresponde a la persona normal. Es capaz de mantener una conversación y dar respuestas apropiadas a las preguntas simples que se le formulan.
- **Obnubilación.** El paciente se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra);

indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente frente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente a su enfermedad). Es capaz de responder preguntas simples.

- **Sopor.** El paciente parece estar durmiendo. Si al estimularlo, despierta, pero no llega a la alerta, y actúa como si estuviera obnubilado, respondiendo escasamente preguntas simples, se trata de un *sopor superficial*; al dejarlo tranquilo, el paciente vuelve a dormirse. Si es necesario aplicar estímulos dolorosos para lograr que abra los ojos o mueva las extremidades (respuesta de defensa), se trata de un *sopor profundo*.
- **Coma:** no hay ninguna reacción a estímulos externos, incluso, aquellos capaces de producir dolor. Pueden presentarse reacciones no voluntarias que son más bien reflejos.
- **Al describir refiera como:** Alerta, obnubilación, sopor o coma según sea el caso.

**Lenguaje**

Es el sistema mediante el cual los seres humanos se comunican. En la evaluación del lenguaje se aprecia si la persona es capaz de entender las preguntas que se le formulan, de responderlas apropiadamente, de entender un texto escrito, de escribir, de nombrar objetos que se le muestran. La extensión de esta evaluación dependerá de trastorno que exista. En el caso particular de Guatemala éste componente es crítico dada la gran cantidad de idiomas en el país. De esta cuenta deberá procurarse realizar la entrevista y la evaluación del estado mental en el lenguaje materno de la persona. En aquellos casos en que esto no sea posible, se harán esfuerzos para contar con un traductor entrenado y con experiencia en trabajo psicosocial.

**Evaluación del lenguaje**

Capacidad de comprender preguntas u órdenes simples y de responder**.** Formule preguntas o solicite efectuar acciones sencillas, como: "Saque la lengua", "Levante las manos", "Cierre los ojos". Por supuesto, si existe sordera o un déficit motor, la orden podría no tener respuesta por ese tipo de limitación.

Podría ocurrir que la persona comprenda la pregunta, pero no es capaz de expresarse. Otra posibilidad es que la persona escuche bien, pero por un estado confusional, no da respuestas apropiadas, aunque es capaz de hablar.

Evaluar y describir, flujo del lenguaje, claridad, velocidad.

Otros parámetros relacionados con el lenguaje son:

**Capacidad de nombrar objetos** (por ejemplo, al mostrarle un lápiz o un reloj).
**Capacidad de leer un párrafo**. (tener en cuenta nivel de alfabetismo)
**Capacidad de escribir una frase** (igual que anterior)

**Memoria**

Es la capacidad de recordar hechos pasados. Estos pueden ser recientes o más antiguos (hechos remotos). También se evalúa la capacidad para retener nueva información.

- **Memoria de hechos remotos.** Para investigarla se pregunta sobre cumpleaños, fechas nacionales memorables, respecto a la familia, dónde estudió, dónde trabajó, etc. Las personas que están desarrollando una demencia, tienden a recordar mejor los hechos remotos que los recientes.
- **Memoria de hechos recientes.** Se le pregunta por acontecimientos ocurridos durante ese día (ej.: como llegó a la consulta, a qué hora tenía su entrevista, con quién ha estado en el día). En estos casos conviene hacer preguntas sobre aspectos que uno pueda confirmar ya que algunos paciente presentan confabulación (inventan hechos para compensar defectos de la memoria).
- **Capacidad para aprender cosas nuevas**. Se le mencionan al paciente tres objetos (ej.: auto, lápiz, mesa), y se le repite lo mismo hasta que lo memorice. Después de conversar un rato de otros temas, se le pide recordarlos.

**Funciones cognitivas superiores**

- **Pensamiento:** El pensamiento es una de las funciones más complejas y características del humano. Su evaluación puede ser igualmente complicada y guarda íntima relación con la expresión verbal.

  Estructura o curso del pensamiento.

  Pensamiento Circunstancial: mucho detalle y rodea. Se distancia y luego se acerca.

  Pensamiento Tangencial: No vuelve al punto de partida.

  Parafasias o pararespuestas: respuestas nada que ver con pregunta.

  Asociación por consonancia: ideas escogidas y asociadas por su sonido (rima)

  Pensamiento concreto: incapacidad de abstracción.

  Pensamiento en tropel: abundantes ideas que traducen desconcierto.

  Pensamiento laxo. Pérdida del sentido de asociación entre una idea y otra.

  Pensamiento disgregado: grado mayor del pensamiento laxo.

  Pensamiento ambivalente: dos ideas opuestas.

  Pensamiento incoherente: salta de un tema a otro (distintas vivencias)

  *Velocidad*

  Taquipsiquia: Pensamiento rápido y difícil de seguir pero coherente.

  Fuga de ideas: mayor grado de desorganización, no llega a verbalizar.

  Bradipsiquia e inhibición: pensamiento lento y con dificultad para elaborar ideas.

*Contenido e ideación*
Ideas concretas: captado por el sensorio y apegada al sensorio.
Ideas mágicas: analogía que hay entre dos objetos porque son parecidos o están próximos. Este componente deberá ser valorado considerando la influencia cultural en la expresión del pensamiento de la persona.
Ideas símbolo: generalización de la idea mágica.
Ideas sobrevaloradas: Convicciones acentuadas desde un estado afectivo.
Ideas superticiosas: carácter de señal, alcance predictivo.
Ideación Delirantes: ideas que pueden ser consideradas como absurdas, irreales en relación al contexto de la persona.

**Juicio.** Evaluar sobre la forma en que la persona interpreta la realidad y opina sobre ella, presentar casos hipotéticos y preguntar sobre su criterio. Por ejemplo preguntar, “si en este momento hubiera un incendio, usted que haria?”.

**Cálculo aritmético y series invertidas**. Se le solicita al paciente efectuar operaciones matemáticas simples (ej.: sumar 4 + 8... y se le va agregando otras sumas, sustracciones, etc., pudiendo aumentarse el grado de complejidad) siempre tomando en cuenta su formación académica.
***deletrear palabras***. Se le puede pedir que lo haga al revés o al derecho. Al deletrear hacia atrás las palabras, se refuerza el examen de las series invertidas.

**Afectividad**

El afecto es la forma de sentir o sentirse, y en él podemos distinguir:

Animo o humor básico propio y permanente o presente la mayor parte del tiempo, describir como:

- apropiado (lo considerado “normal” en el contexto del individuo),
- deprimido (cuando se muestra con la expresión afectiva disminuida)
- exaltado (Animo y afecto mas expresivo de lo “normal” para el contexto de la persona).
- Plano (aparente carencia de expresión emocional)

**Percepción.**

Evaluar la forma en que la persona percibe, procesa y expresa la realidad que le rodea.
Preguntar por percepciones que no se adaptan a la realidad:
**Alucinaciones** (refiere percibir sensaciones sin un estímulo evidente) las mas comunes son auditivas y visuales pero pueden ser sensoriales, gustativas y olfativas también.

**Ilusiones:** (percepción de sensaciones distorsionadas sobre un estímulo evidente) por ejemplo un gato puede ser percibido como un león o una silla como un vehículo.

## 6. **Guías Clínicas de Atención de los Problemas más Frecuentes de Salud Mental.**

Como se ha mencionado antes, la elección de los trastornos de salud mental a ser considerados en este protocolo fue basada en los escasos datos epidemiológicos disponibles a nivel local pero también tomando en cuenta aquellos descritos a nivel mundial.

De la misma forma la estructura de los protocolos es sencilla y concreta, fácil de entender y directiva. Tal y como se describe en la sección de métodos, se ha tomado como base la propuesta de la OMS que es en general, la misma que se ha adoptado en la mayor parte de protocolos y guías de atención consultadas. Se han agregado secciones relevantes a los procedimientos específicos para cada nivel de atención (primario y secundario) así como se han hecho modificaciones adaptadas al contexto local, incluyendo lenguaje y expresiones idiomáticas.

Cada uno de los protocolos ha sido complementado con los aportes generados en las consultas a especialistas y expertos, así mismo han sido tomadas en cuenta las sugerencias y observaciones originadas en los proceso de validación.

En general, los protocolos siguen la misma estructura, sin embargo, algunos como los de Conducta Suicida y Violencia Intrafamiliar, presentan algunas modificaciones dado sus características propias. Los protocolos están estructurados de la siguiente forma:

- Definición
- Epidemiología
- Quejas presentes.
- Pautas Diagnósticas (criterios CIE 10)
- Ayudas Diagnósticas
- Diagnóstico Diferencial
- Información Básica para Pacientes y Familia
- Pautas de Tratamiento por niveles
- Criterios de Referencia y contrarreferencia.

# Depresión.

## Definición

Es un trastorno mental caracterizado por humor depresivo, perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, marcada disminución de la vitalidad que lleva a la reducción del nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Su etiología es compleja y no conocida en su totalidad, sin embargo es conocido el efecto desencadenante que algunos eventos traumáticos pueden tener sobre el aparecimiento del trastorno.

**Epidemiología:** Aunque los reportes a nivel mundial varían, se acepta como promedio que el riesgo de verse afectado por un episodio depresivo en algún momento de la vida varía entre 15- 25% . La mayoría de estos episodios pasará sin diagnóstico.

## Quejas Presentes

- El paciente puede presentar inicialmente uno o más síntomas físicos (fatiga, dolor, cansancio). La entrevista detallada nos revelará ánimo bajo o pérdida de interés.
- Puede haber irritabilidad
- Las personas que han sufrido un evento traumático pueden tener mayor riesgo de presentar depresión.

## Pautas para el diagnóstico

Estado de ánimo bajo o tristeza
Pérdida de interés o capacidad de disfrutar

## Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas

Trastornos del sueño (mucho sueño o insomnio)
Culpabilidad o baja autoestima
Astenia o pérdida de energía
Falta de concentración
Trastornos del apetito
Pensamientos o actos suicidas
Agitación o enlentecimiento de los movimientos o del habla
Disminución del deseo sexual
Síntomas de ansiedad o nerviosismo
Incapacidad para planificar en función del futuro

**Diagnóstico Diferencial**

Si aparecen alucinaciones (oír voces, ver visiones) o ideas delirantes (creencias raras o inusuales que no corresponden a la realidad) considerar **psicosis aguda**

Si existe historia de episodios mánicos (lenguaje rápido y difícil de entender, afecto elevado) considerar **trastorno bipolar**

Si existe antecedente de consumo importante de alcohol considere algún **trastorno relacionado con consumo de sustancias**

Algunos medicamentos pueden producir síntomas de depresión (p e. beta bloqueadores y otros antihipertensivos, bloqueadores H2, anticonceptivos orales, corticoesteroides)

**Pautas de actuación.**

Proveer al paciente de el apoyo y cobertura de las necesidades básicas según sea el caso.

**Información esencial para el paciente y sus familiares** (primero y segundo nivel)

- La depresión es una enfermedad frecuente y existen tratamientos eficaces.
- La depresión no es un signo de dejadez, pereza o debilidad.

**Consejos específicos para el paciente y sus familiares**

- Pregunte sobre un posible riesgo de suicidio (¿piensa el paciente frecuentemente en su propia muerte?, ¿tiene algún plan específico de suicidio?. ¿ha intentado suicidarse con anterioridad? , ¿tiene ideas suicidas?) puede ser necesario una estrecha vigilancia por parte de la familia o amigos. Valore el riesgo de que pueda hacer daño a otras personas.
- Planificar actividades a corto plazo tendientes a la diversión y afianzar la auto confianza, pero siempre respetando su decisión y determinando la expectativa de atención sin presionarlo de alguna manera.
- Animar al paciente a resistirse al pesimismo y la autocrítica negativa y a no actuar bajo ideas pesimistas.
- Identificar problemas de la vida diaria y situaciones de estrés . hacer que la persona se concentre, paso a paso, en hechos puntuales para que vaya mejorando sus estrategias de afrontamiento.
- Evitar que tome decisiones drásticas sobre su vida.
- Si existen síntomas somáticos, intentar averiguar las relaciones existentes entre estos síntomas y el estado de ánimo.
- Después de la mejoría vigilar posibles signos de recaida y planificar con el paciente y la familia posibles fórmulas a las que recurrir si reaparecen nuevos síntomas.

**Medicación**

Si existe un bajo estado de ánimo o falta de interés muy prominente durante al menos dos a cuatro semanas, estudie la posibilidad de administrar medicación antidepresiva (únicamente en el segundo nivel). En casos graves, prescribir el tratamiento en la primera visita. En los casos más leves, iniciar la medicación en una visita posterior si los consejos que se han dado no han sido suficiente ayuda.

- **Primer Nivel:** Tratar únicamente los casos de depresión leve. Referir a segundo nivel si presenta sintomatología descrita en el párrafo anterior.
- **Segundo Nivel:**
  - **Adolescentes y adultos:**
    Antidepresivos Triciclícos o Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSS):
    Sertralina 50 mg/tab. 50 mg c/día tomar con el desayuno.
    Paroxetina 20 mg/tab. 20 mg C/día.
  - **Adulto mayor**: Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina
    Sertralina 50 mg tableta 12.5 - 25 mg cada/día
    Fluoxetina 20 mg tableta 10-20 mg cada /día
    Citalopran 20 mg tableta 10-20 mg /día

**Criterios para elegir un medicamento**

Si ha habido una buena respuesta a un determinado medicamento en el pasado, volver a utilizarlo.

Si son pacientes de edad avanzada o con alguna otra enfermedad orgánica, utilizar medicamentos con pocos efectos secundarios anticolinérgicos y cardiovasculares. Se recomienda elegir un medicamento que tenga pocas interacciones medicamentosas (citalopran)

Si los pacientes están ansiosos o son incapaces de conciliar el sueño, prescribir medicamentos con mayores efectos sedantes, tipo mirtazapina.

Si la dosis utilizada no muestra mayor efectividad, refiera al próximo nivel antes de aumentar la dosis paulatinamente pues, en algunos casos, este procedimiento puede resultar en complicaciones difíciles de manejar a nivel de APS. Prescribir dosis mas bajas un caso de pacientes de edad avanzada o que tienen otra enfermedad orgánica.

Aun cuando la imipramina y otros antidepresivos tricíclicos han sido los fármacos tradicionales para el tratamiento de la depresión, algunas veces suelen causar efectos secundarios molestos; sin embargo los inhibidores de la recaptura de serotonina (sertralina, fluoxetina, etc.) han demostrado una buena eficacia con menor perfil de efectos indeseables.

Explicar al paciente que la medicación ha de ser tomada a diario, que la mejoría se notará pasadas unas 2-3 semanas pero que el tratamiento total durará, al menos, un par de meses, también informar que pueden presentarse pequeños efectos secundarios que normalmente desaparecerán a los 7-10 dias.

Hay que avisar al paciente que tiene que consultar al médico antes de dejar la medicación.
Insistir en la necesidad de continuar la medicación por lo menos durante un tiempo después que los síntomas hayan mejorado y que, de esa cuenta, sea el médico quien determine el mejor momento para finalizar el tratamiento.

**Consulta a especialistas**

Considerar la consulta si

- Existe un alto riesgo de suicidio (si tiene un plan para matarse o ha tenido el intento de hacerlo).
- Existen síntomas psicóticos (alucinaciones auditivas y visuales)
- La depresión persiste de manera significativa

**Reacción de Duelo**

Aun cuando la reacción de duelo es natural y esperada en casos de pérdidas significativas o importantes para los individuos, éste puede tornarse "patológico" o complicado cuando excede la expectativa de tiempo e intensidad, en cuyo caso es aconsejable intervenir

**Quejas presentes**

El paciente se siente abrumado o muy preocupado por la pérdida de un ser querido. Puede presentar síntomas somáticos tras dicha pérdida.

**Pautas para el diagnóstico.**

El duelo se une a la preocupación tras la pérdida del ser querido.
Esto se acompaña de síntomas que se parecen a la depresión tales como

- Bajo estado de ánimo
- Trastornos del sueño
- Pérdida del interés
- Sentimientos de culpa y autocrítica
- Estado de agitación

La persona también puede

- Abandonar sus actividades normales y las relaciones sociales
- Encontrar difícil pensar en el futuro.

**Diagnóstico diferencial**

Si todavía persiste un cuadro típico de depresión dos meses después de la pérdida del ser querido, considerar depresión

Síntomas como un desmesurado sentimiento de culpa o un marcado sentimiento de inutilidad no pueden relacionarse solo con la pérdida de un ser querido. Un marcado enlentecimiento psicomotor indica directamente, la posibilidad de depresión.

Los síntomas que se parecen a los encontrados en depresión no son necesariamente indicativos de la existencia de éste trastorno y deben ser consideradas con cautela y buen juicio.

**Pautas de actuación**

Información esencial para la persona y sus familiares

- Cuando existe la pérdida de una persona que es importante para el paciente se producen, con frecuencia, períodos de intensa apatía, de excitación, de ansiedad, de sentimiento de culpa o de irritabilidad.
- El síndrome de aflicción típico incluye la preocupación por el fallecimiento (incluyendo el ver o escuchar a la persona)
- Es normal el deseo de hablar sobre el fallecimiento

**Consejos específicos para el paciente y sus familiares**

- Permita que la persona con una reacción de duelo hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte
- Anímele a que exprese libremente sus sentimientos sobre dicha pérdida (incluyendo los sentimientos de culpa, temor o melancolía).
- Asegúrele que la recuperación llevará su tiempo. Puede ser necesario reducir sus compromisos laborales o sociales.
- Explicar que la pena intensa irá suavizándose conforme pase los meses, pero que el seguir recordando la pérdida del ser querido de manera continuada provocará sentimientos de aflicción y de melancolía

**Medicación**

Debe retrasarse dos meses o más la decisión de prescribir un antidepresivo. Si existen síntomas significativos de depresión durante más de tres meses, deberá ser abordado como

**Consulta a especialista**

Considere acudir a consulta si los síntomas de tristeza persisten de manera importante después de seis meses, así como en el caso que se piense prescribir antidepresivos

## Trastorno Psicótico Agudo
## Agitación y/o Conducta Violenta

La idea generalizada de una persona con problemas de salud mental es la de un "loco". Una persona que se presenta violenta, agitada y hasta agresiva. Alguien que habla "incoherencias" y que dice ver u oír cosas inexistentes. Es muy importante trabajar a todo nivel (individual, familiar y comunitario) en desmitificar a éste tipo de pacientes y a la enfermedad en si, empezando con la actitud de los prestadores de servicio. Sin bien es cierto las actitudes violentas pueden ser atemorizantes y, de hecho, peligrosas algunas veces, es necesario considerar que estas particularmente, se tratan de expresiones de un estado mental alterado que hace que las personas se comporten de una forma extremadamente inusual y distinta a su forma de ser habitual.

**Quejas presentes**

Las personas pueden presentar

- Oír voces de origen desconocido (alucinaciones)
- Creencias extrañas o temores
- Confusión
- Desconfianza

Los familiares pueden observar cambios de la conducta sin ninguna explicación lo que puede llevarlos a consultar.

**Pautas para el diagnóstico.**

Comienzo reciente de

- Alucinaciones: percepciones falsas o imaginarias, pueden ser visuales, auditivas, olfativas, táctiles, etc.)
- Ideas delirantes: Creencias firmes que resultan ser falsas o distorsionadas y que no son compartidas por las personas pertenecientes al grupo social del paciente)
- Inquietud o comportamiento extraño o extravagante
- Lenguaje desorganizado o extraño.
- Respuestas emocionales exageradas y labilidad emocional

**Diagnóstico Diferencial**

Existen una serie de trastornos físicos que pueden causar síntomas psicóticos.

- Epilepsia
- Intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol
- Infecciones o enfermedades febriles.

Si los síntomas afectivos son prominentes (euforia, pensamiento y habla acelerados, exaltación) considerar episodio mánico; si los síntomas predominantes son animo triste o depresivo, considerar Depresión.

**Pautas de actuación.**

**Información y consejos para el paciente y sus familiares**

- Síntomas son parte de una enfermedad mental, insistir con la familia que es una circunstancia tratable y controlable. Esto algunas veces reñirá con sus creencias culturales y religiosas. No trate de convencerlos de lo contrario, trabaje con ellos en conjunto respetando sus ideas, pero insistiendo en la necesidad de seguir los consejos médicos también.
- Los episodios psicóticos suelen tener buen pronóstico aunque la evolución en general de la enfermedad es difícil de predecir a partir de un solo episodio agudo.
- Se recomienda mantener el tratamiento por varios meses después de la remisión de los síntomas.
- Asegurar que el paciente tiene sus necesidades básicas cubiertas.
- Evitar confrontaciones o críticas con la persona psicótica así como discutir sobre los contenidos delirantes del pensamiento.
- En caso de agitación o conducta violenta, informar inmediatamente para evaluar la posibilidad de referencia al nivel de atención terciario.

**Medicación.**

**Primer Nivel:** Referir al siguiente nivel. Tratar de controlar la agitación o agresividad para garantizar la seguridad del paciente y familia.

**Segundo Nivel:**

- Se utilizará medicación antipsicótica para reducir los síntomas (haloperidol de 2 a 5 mg hasta tres veces al día o clorpromazina, 100 a 200 mg hasta tres veces al día)
- Se iniciará con la dosis mas baja posible que sea capaz de aliviar los síntomas y se modificará en base a la evolución de los mismos.
- Se podrá asociar un ansiolítico para controlar la agitación.
- Se continuará con el tratamiento por lo menos durante tres meses luego de la desaparición de los síntomas.
- Informar al paciente y vigilar por efectos secundarios del medicamento, si estos aparecen, referir al nivel de atención especializado.

**Consulta a Especialista**

- Si es posible referir para valorar y controlar todos los nuevos episodios psicóticos.
- En caso de sospecha de Síndrome Neuroléptico Maligno (movimientos anormales graves, fiebre, rigidez o hipertensión) suspender la mediación antipsicótica y referir a un centro hospitalario urgentemente.

## Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y el alcohol.

Los trastornos de consumo de alcohol y sustancias adictivas tiene una connotación particularmente relevante a nivel social y familiar. Cuando una persona los padece, usualmente hay mas personas involucradas en las potenciales consecuencias nocivas.

Es importante señalar que los problemas de salud mental relacionados con el consumo de sustancias adictivas puede ser enfocado de distintos ángulos, sin embargo, describiremos acá un modelo basado en el consumo y potenciales consecuencias. Los tres distintos niveles de afectación del consumo de dichas sustancias serán descritos con sus pautas de diagnóstico y atención:

### 1. Uso nocivo:

**Definición**

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva, que causa daño a la salud, el daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis o la auto-administración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental ( por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol). Evidentemente este patrón disruptivo implica un consumo persistente, sistemático y en cantidades superiores al promedio considerado normal o “Standard” para el ambiente particular de la persona y que provoca una disfunción importante en la vida del mismo.

**Pautas diagnósticas:**

Los signos y síntomas que apoyan el diagnóstico son variados y dependerán de la sustancia de la cual se este abusando. En general se mencionan los mas comunes:

- Tolerancia de los efectos de la sustancia.
- Necesidad diaria o frecuente de la sustancia.
- Humor Depresivo
- Disminución de la concentración

- Pérdida de control con incapacidad de interrumpir o reducir el consumo.
- Consumidor solitario.
- Dar excusas para el consumo.
- Episodios de pérdida de memoria asociados al consumo (ausencias negras).
- Episodios de violencia asociados al consumo.
- Deterioro en las relaciones sociales y familiares y en la responsabilidad laboral.
- Absentismo laboral.
- Inexplicable mal genio.
- Negar la apariencia física.

**Pautas de Tratamiento**

**Indicaciones al Paciente y la familia**:

- La dependencia es una enfermedad con serias consecuencias
- La disminución o terminación del consumo conlleva beneficios a la salud física y mental
- El consumo de sustancias durante el embarazo puede causar daños al bebé.
- Negociar con el paciente el cambio en el patrón de consumo, enfatizando las consecuencias físicas, mentales y sociales que este le esta causando y que podría evitar.
- **En los pacientes con dependencia alcohólica, el objetivo a alcanzar es la abstinencia total de bebidas alcohólicas.** La suspensión brusca de la ingesta alcohólica puede provocar síntomas de abstinencia, por ello es necesaria la supervisión de un medico.
- Las recaídas son frecuentes. Controlar la cantidad de bebida o dejar de beber requiere, con frecuencia, realizar varios intentos.
- Recomendar la búsqueda de recursos locales que puedan ayudarle a manejar su problema.

**2. Intoxicación aguda:**
**Definición**

Es el estado consecuente a la administración de una sustancia psicoactiva, que provoca perturbaciones en el nivel de conciencia, en la cognición, la percepción, la afectividad, en el comportamiento y en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que hayan surgido daños importantes u otras complicaciones. Entre las complicaciones puede contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirium, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo de fármaco o de sustancia utilizada y de la forma de administración.

**Pautas Diagnósticas**

Los efectos que las drogas de consumo pueden tener en las personas y las manifestaciones de intoxicación aguda, varían enormemente dependiendo la sustancia. Un interrogatorio consistente puede ayudar a despejar algunas dudas con respecto a las sustancias utilizadas. Es importante indagar sobre el nombre particular otorgado a las sustancias específicas en lenguaje de la calle para poder identificarlas al ser referidas por los pacientes (p. ej.: Mota para mariguana, blanca para cocaina o piedra para crack). Las siguientes son pautas generales para la identificación de la intoxicación relacionada al consumo:

- La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave.
- La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta.
- La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio pero que puede tener graves consecuencias en el corto y largo plazo.
- La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación.
- Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotrópicas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicotrópicas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social.
- Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotrópicas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

**Pautas de Tratamiento:**

La intoxicación aguda debe ser considerado como un cuadro médico urgente de ser tratado. Las medidas a seguir dependerán de la sustancia específica involucrada en la intoxicación pero de forma general:

- Tratar de establecer la sustancia precisa que fue ingerida y las cantidades utilizadas, así como el patrón particular de consumo.
- Verificar la estabilidad hemodinámica del paciente (presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración) y mantener monitoreo constante durante las primeras horas.
- Restablecer los fluidos que sean necesarios.
- Si el consumo ha sido por via oral, considerar lavado gástrico.
- Si los signos vitales del paciente se muestran inestables, o si la agitación psicomotora es difícil de controlar, refiera al paciente al nivel superior.

**3. Síndrome de dependencia:**

Es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre

los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física.

**Pautas Diagnósticas**

- Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Usualmente inicia a las 6 u 8 horas tras el cese del consumo y puede durar 5 ó 6 días.
- Aumento de la sudoración y la frecuencia cardiaca (más de 100 pulsaciones)
- Temblor de las manos
- Insomnio
- Náuseas o vómitos
- Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
- Agitación psicomotora
- Ansiedad, convulsiones tipo gran mal (crisis epilépticas)
- En algunos casos, caída de la presión arterial y eventual pérdida de la conciencia.

**Pautas de Tratamiento**

Nuevamente el tratamiento dependerá de la sustancia adictiva que se consuma. En general, el síndrome de abstinencia debiera ser tratado con cautela en el primer nivel. La mayoría de intervenciones son médicas y orientadas a mantener el soporte vital y evitar las complicaciones, las principales acciones son:

- Procurar la sedación adecuada y la prevención de complicaciones.
- Mantener constante monitoreo de signos vitales y corrección hidroelectrolítica si fuera necesario (aplicar soluciones intravenosas para mantener hidratación).
- Asegurar la vía aérea.
- Realizar lavado gástrico en los casos pertinentes.
- En el segundo nivel pueden utilizarse benzodiacepinas para inducir sedación aunque deben ser usadas con cautela.
- Referir al nivel especializado.

**Luego de la Crisis**

Idealmente el paciente será contrarreferido luego de haber sido estabilizado, por lo que es importante estar en posición de brindar algunas intervenciones psicosociales cuyo principal objetivo podría ser apoyar al

paciente a comprender la experiencia por la que ha pasado e incorporarla en el contexto de su problema de consumo. Se recomendará, junto con el apoyo de la familia en los casos en que el paciente lo permita, incorporarse a algún programa de desintoxicación a mediano o corto plazo, tratando de hacer uso de los recursos locales.

**Consulta A Especialistas**

Los programas de asesoramiento especializados, si se dispone de ellos, pueden ser de gran ayuda.

## Violencia Intrafamiliar.

### Definición

La violencia tiene que ver con la utilización de la fuerza física, de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo de sujetos, en contra de sí mismo, de objetos o de otra persona o grupo de personas víctimas, esta adquiere particular relevancia cuando se presenta en el seno del hogar dado los actores involucrados y las potenciales consecuencias que esto genera.

La ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y su reglamento dice así en su **artículo 1**: la violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para la ley se entiende como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta cause daño o sufrimiento físico, sexual , psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.

### Epidemiología

Aunque este es uno de los problemas de salud mental que se encuentran íntimamente relacionados con factores culturales locales se calcula que, en general, el 20% de los pacientes con traumatismos físicos y 25% de los homicidios de mujeres, registrados en los servicios de urgencia de los hospitales relacionados con violencia conyugal. Es importante señala que el 95% de los casos de violencia familiar tendrán a una mujer como víctima.

### Quejas presentes.

Aún y cuando la prevalencia del problema es bastante alta, se estima que existe un subregistro importante motivado por la falta de denuncia por parte de las víctimas quienes, temerosas ante las potenciales consecuencias, prefieren callar.

En general existen signos clínicos que deben levantar las sospechas y obligar un interrogatorio sutil y respetuoso, pero consistente. A continuación alguna descripción de los signos más frecuentemente relacionados con violencia y luego una descripción mas detallada de los problemas específicos por categoría de violencia:

- Presencia de Heridas físicas: moretes, cortadas, quemaduras, huesos fracturados.
- Aumento de frecuencia y severidad de lesiones durante el embarazo, especialmente localizadas en el abdomen.
- Quejas físicas: Dolores de cabeza, dolor crónico, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico, disfunción sexual
- Síntomas mentales: depresión, ansiedad, intentos suicidas, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol y sustancias adictivas.

- Comentarios a cerca de problemas en la relación o cellos por parte de la pareja.
- Quejas de ser golpeado por la pareja
- Miedo
- La existencia de un compañero o pareja que insiste en estar presente en las consultas o que intimida y controla al paciente

**Quejas presentes de violencia física:**

- Falta de atención médica en caso de enfermedades crónicas o condiciones médicas no tratadas.
- Ausencia de aparatos necesarios como lentes, prótesis.
- Falta de higiene, como suciedad extrema o graves rozaduras de pañal.
- Dolor al orinar. Quemaduras.
- Quemaduras de inmersión o que se asemejan a un aparato electrodoméstico ( plancha o estufa).
- Fracturas.
- Laceraciones o abrasiones en el paladar, boca, encías, labios, ojos, oídos o en genitales externos.
- Equimosis o hematomas evidentes.
- Cicatrices múltiples.
- Síntomas de asfixia, abuso de químicos.
- Desnutrición.
- Retraso en el desarrollo y crecimiento en niños.
- Dificultad para sentarse o caminar por golpes.
- Ausencia de cabello.
- Vestimenta inadecuada para el clima ( para ocultar lesiones)
- Intolerancia o irritabilidad.
- Historial de hospitalizaciones repetidas y lesiones.
- Intentos o ideas suicidas.
- Tímpanos perforados sin causa evidente.
- Quejas crónicas sin causa física.
- Asistencia frecuente a emergencias.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Embarazos no deseados.
- Desfiguraciones.
- Invalidez, discapacidad.

**Quejas presentes de violencia psicológica:**

- Trastornos del sueño.
- Dolencias crónicas.
- Trastornos psicosomáticos.
- Apatía, intolerancia o irritabilidad.
- Ansiedad, angustia, depresión, aislamiento.

- Justificación de la violencia que sufre.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Enuresis o encopresis en la niñez.
- Miedo a personas adultas en al niñez.
- Baja autoestima.
- Fobias, temor, inseguridad, vergüenza.
- Sentimientos de impotencia, culpa, desesperanza, inutilidad y retraimiento.
- Uso frecuente de tranquilizantes, analgésicos u otras drogas.
- Extrema dependencia y obediencia.
- Reacciones violentas con hijas o hijos.
- Ideas de suicidio u homicidio.

**Quejas presentes de violencia sexual:**

- Trastornos del sueño y de la alimentación.
- Retraimiento, intolerancia.
- Comportamiento o ideas autodestructivas.
- Infecciones o problemas recurrentes en el área genital.
- Pobre imagen corporal.
- Adicciones.
- Disfunciones sexuales.
- Trastornos psicosomáticos.
- Recurrentes embarazos no deseados.
- Pérdida de control de las emociones.
- Miedo a la intimidad.
- Incapacidad para sentir placer.
- Dolor o sangrado rectal o genital.
- Conductas sexuales precoces, especialmente si son persistentes, en niños o niñas.

**Quejas presentes en violencia patrimonial:**

- Desnutrición, vestimenta en malas condiciones ( en relación con su situación socioeconómica).
- Enfermedades crónicas causadas, por sobre trabajo, mala alimentación.
- Endeudamiento por alimentación, vivienda, educación, y otras necesidades básicas.
- Niñez trabajadora (en casa, calle y mendicidad).
- Retención de los bienes materiales y del salario del o la cónyuge.

**Pautas Diagnósticas**

Aunque, como vemos, son muchas y diversas, algunas pautas en general pueden ser:

- Una aparente no concordancia entre los signos físicos y la historia reportada por el paciente debe incrementar las sospechas
- Abuso físico, sexual o emocional perpetrado por el esposo o pareja.
- Aunque la mayor parte de víctimas son mujeres, también los hombres pueden ser víctimas.
- Algunos cambios conductuales como hipervigilancia, actitud sumisa en presencia del abusador, incluyendo al abusador respondiendo a las preguntas en nombre del paciente.

**Información Básica para Pacientes y Familia**

- Los efectos de la violencia doméstica van mas alla de las heridas físicas.
- El riesgo de ataque es mayor para mujeres cuando ellas tratan de escapar de la situación
- La mujer debe buscar protección y ser alentada a buscar apoyo apropiado en la familia o personas de confianza. Consultar las instituciones locales que puedan brindar este apoyo
- Los niños que presencian o experimentan violencia doméstica también están directamente afectados y en riesgo

**Pautas de Tratamiento**

**Evaluar el Riesgo Inmediato.**

Preguntar al paciente si el/ella o sus hijos pueden estar en peligro cuando retornen a casa ese mismo luego de la consulta. Siempre que sea posible trabajar con la víctima en establecer un ambiente seguro o protegido lo más pronto posible. Insistir en que el proteger a los niños no significa que éstos le serán retirados. Estimule, sin insistir ni presionar, a hablar de lo sucedido y sus sentimientos al respecto, siempre que la víctima lo considere necesario.

Muchas mujeres indican que se sienten más cómodas de hablar sobre este problema si el proveedor del servicio es una mujer. Siempre que sea posible, procurar atención a las víctimas con prestadores del mismo sexo.

**Evaluación Física.**

Reallizar un examen físico detallado y tratar las heridas o lesiones que así lo ameriten. Referir a un nivel superior en caso de ser necesario. Este punto tiene especial relevancia para los casos en que la denuncia sea precedida de una investigación judicial. Es importante señalar y describir con detalle lo encontrado durante la evaluación.

**Soporte Afectivo**

Las víctimas de violencia intrafamiliar serán, usualmente, personas con un largo historial de agresión en su contra. No es raro entonces, encontrarse ante personas emocionalmente frágiles e integralmente debilitadas. Las intervenciones psicosociales encaminadas a brindar apoyo y acompañamiento a

todo nivel, serán siempre bien recibidas y tendrán un efecto aliviante y esperanzador para la víctima.

**Documentación**

Poner cuidado particular a todos los documentos que se generen de la visita y evaluación clínica de la víctima. De nuevo, ellos podrán convertirse en documentos invaluables al momento de los procesos penales

**Confidencialidad**

Es particularmente relevante el mantener la confidencialidad al máximo para evitar cualquier riesgo adicional a la víctima en el caso que el agresor se entere de la consulta. No confiar la información a nadie sin antes consultar con la víctima y, en general, no divulgar detalles de la misma.

**Referencia**

Las personas víctimas de cualquier tipo de violencia deberán ser referidas de acuerdo al Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual y al Protocolo de Atención Integral a personas afectadas por Violencia Basada en Género del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

## Conducta suicida

### Conducta o ideación suicida

El suicidio es un problema grave de Salud Pública, que requiere la mayor atención, aunque su prevención y control no son tarea fácil, es un extremo que debe ser investigado en la atención clínica. Toda amenaza o indicio de conducta suicida debe ser tomada con la seriedad que amerita y no ser descartada como un acto de chantaje emocional sin profundizar en cada caso particular.

### Valorar el riesgo de suicidio:

En general se considera que hasta el 95% de los casos de suicidio o intento de suicidio se presentan en personas con un trastorno psiquiátrico diagnósticado o sin diagnosticar. Sin embargo existe una amplia lista de factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, entre los principales se mencionan los siguientes:

- Factores biológicos: trastornos neurobiológicos que provoquen disminución de ciertos neurotransmisores (como la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo.
- Trastornos psiquiátricos: incluye trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar con los más altos porcentajes), alcoholismo y esquizofrenia, entre otros.
- Antecedentes familiares: presencia de familiares con intentos suicidas, suicidios, etcétera.
- Rasgos de personalidad premórbida: resalta los trastornos de personalidad antisocial o limítrofe.
- Factores psicosociales y enfermedades médicas: incluye duelo reciente, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, enfermedades tales como epilepsia, cáncer, úlcera gastroduodenal, esclerosis múltiple, SIDA, etcétera.

### Factores o condiciones que incrementan el riesgo suicida:

**Existen factores que aumentan el riesgo preexistente y que deben de llamar la atención de sobre manera, entre ellos:**

- Ideación suicida intensa y persistente.
- Múltiples Intentos suicidas previos.
- Alto grado de exposición a un evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud.
- Plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios para ejecutarlo.
- Carencia de una apropiada red de apoyo social y familiar.
- El consumo de alcohol u otras sustancias limita la capacidad de autocontrol.

**Pautas de actuación:**

• Si el paciente no habla de matarse pero usted lo nota muy triste, preguntar directamente si ha pensado en morirse y, luego, si ha pensado en matarse y cómo.

• Permitir al paciente que hable de sus ideas e intenciones y nunca las minusvaluarlas.

- Tratar de convencerlo que es mejor posponer cualquier decisión importante y disponerse a recibir ayuda.
- Conversar con la persona y evaluar la situación ocurrida en su conjunto.
- Evaluar el riesgo suicida futuro.
- Hacer observaciones esperanzadoras como que se entiende que se sienta triste, pero que siempre hay esperanza de que la situación se mejore y, sobre todo, que se alivie su tristeza.
- De acuerdo con la realidad del paciente, analizar con él las razones que tiene para seguir viviendo y el impacto que su muerte podría causar en su familia.
- Ofrecer apoyo, intentar llegar a un acuerdo de que no tomará ninguna decisión fundamental por el momento e inicie tratamiento médico.
- Hablar con la familia y advertir que en toda depresión grave, como el caso del paciente, existe el riesgo de suicidio y que, por lo tanto, deberá ser colocado en tratamiento, acompañarlo y disminuir los riesgos que pueda tener (armas, venenos, etc.).

Trate a depresión clínica (ver guía de atención para depresión) u otros trastornos asociados, si persisten los síntomas, se impone la remisión a un médico psiquiatra.

Si la evaluación del riesgo presente evidencia un riesgo alto, refiera a un centro especializado de atención lo más pronto posible.

## Trastorno Bipolar.

**Definición**

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente perturbados, de forma que en ocasiones, la alteración consiste en una exaltación del estado de animo y un aumento de la vitalidad y actividad (manía o Hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de animo y un descenso de la vitalidad y actividad (Depresión)

**Epidemiología**

La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo bipolar es del 1%, en cuanto a Sexo no hay predominancia de uno sobre el otro, existe mayor riesgo de desarrollar un trastorno afectivo bipolar cuando se presenta historia familiar. El trastorno Bipolar tiene una temprana edad de inicio, generalmente al final de la adolescencia o antes de los treinta años, parece existir una incidencia mayor en niveles socioeconómicos altos, se da con mayor frecuencia en las personas divorciadas.

**Pautas Diagnósticas**

Las características clínicas del trastorno bipolar serán divididas en episodios depresivos y episodios mánicos:

**Episodios depresivos: (revisar guía de depresión)**

- Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de la reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso (5% del peso corporal en el último mes).
- Pérdida marcada del deseo sexual.
- Pérdida o disminución de la autoestima.
- Aparecen ideas de inutilidad y culpa.
- Frecuentes ideas suicidas acompañado de síntomas somáticos ( cefalea, dolores de cuerpo, etc).
- Puede o no tener síntomas psicóticos (Revisar guía de psicosis aguda)

**Síntomas de manía:**

- Humor predominantemente exaltado, expansivo, irritable o supicaz de carácter claramente anormal para el individuo que lo padece. Este cambio de humor debe ser muy destacado y persistir al menos una semana aunque puede alternar o entremezclarse con un humor depresivo.

- Aumento de la actividad o inquietud psicomotriz.
- Aumento notable de la locuacidad ( habla mucho)
- Experiencia subjetiva de pensamiento acelerado.
- Pérdida de las inhibiciones sociales normales que da lugar a comportamientos inadecuados para las circunstancias y para el carácter del individuo.
- Disminución de la necesidad del sueño.
- Aumento exagerado de la estima de sí mismo o de ideas de grandeza.
- Facilidad para distraerse o cambios constantes de actividad y de planes.
- Comportamientos temerarios o imprudentes, que implican riesgos no reconocidos como tales por el individuo, por ejemplo: despilfarro de dinero en compras, proyectos insensatos o conducción imprudente.
- Marcado aumento del vigor sexual o indiscreciones sexuales.
- Los síntomas son marcados y evidentemente distintos a la forma de ser y proceder normal de la persona.

**Diagnóstico Diferencial**

- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias.
- Episodios maníacos debidos a una condición médica general.
- Esquizofrenia

**Pautas de Tratamiento**

**Información básica para el paciente y la familia.**

- Los cambios inexplicables en el ánimo y la conducta pueden ser síntomas de un trastorno mental.
- Existe medicación apropiada que puede evitar el aparecimiento de episodios futuros
- Si no se tratan a tiempo, los episodios mánicos pueden volverse disruptivos y peligrosos, acarreando consecuencias a todo nivel de funcionamiento.

**Intervenciones con la familia y el paciente.**

- Permanecer optimista y afianzar las fortalezas del paciente en lugar de sus debilidades.
- Establezca el riesgo suicida (referirse a guía de suicidio)
- Durante los períodos mánicos evitar la confrontación para prevenir daños o actos peligrosos. Alertar a la familia sobre posible conducta impulsiva o peligrosa. Solicitar apoyo y observación cercana de la familia
- Durante los períodos depresivos siga los lineamientos para tratamiento de episodio depresivo
- Insista con la familia de la importancia de consultar siempre que haya un nuevo episodio, aún si el paciente se resiste.

- Trabaje con la familia para identificar síntomas tempranos de cambios de humor para evitar recaídas importantes.

**Tratamiento Farmacologico**
**Fase Mánica**

**Primer Nivel:**
- Referir a nivel especializado
- Diagnostico y referencia.

**Segundo Nivel:**

Tratar la fase aguda sobre todo, especificar tratamiento para la agitación y violencia. Posteriormente referir a nivel especializado. Al ser contrarreferido llevar control de mantenimiento de acuerdo a la evolución clínica.

Antipsicóticos:
- Clorpromacina 200-400 mg/día.
- Haloperidol 5-20 mg/día

Moduladores del Afecto:
- Carbamazepina 400-600 mg/día.
- Ácido Valproico 400-1200 mg/día

Informar al paciente y la familia sobre posibles efectos secundarios que podrían incluir, sedación, mareos, sequedad de boca; asi mismo indicar que el tomar los medicamentos junto con las comidas.

**Fase Depresiva (Referirse a guía de depresión)**

**Tratamiento No Farmacologico**
**• Psicoeducación, Individual, Familiar y Grupal**

**Primer Nivel:**
Capacitación a personal de salud referente a dicha patología para la detección temprana y referencia.
**Segundo Nivel:**
Capacitación a personal de salud referente a dicha patología para la detección temprana y referencia, además impartir temas psicoeducativos a la familia.

**Criterios De Curación y Mejoría**
Esta patología presenta un curso episódico u oscilante de períodos de normalidad libre de síntomas entre episodios. Sin embargo es necesario resaltar que la adherencia al tratamiento prolonga más tiempo éstos períodos de mejoría, y reduce los tiempos depresivos o mánicos.

## Trastornos de Pánico y Ansiedad Generalizada

### Definición

Los trastornos de pánico y ansiedad generalizada así como otros (trastorno de estrés postraumático) se encuentran listados entre los trastornos de ansiedad. Acá serán abordados en la misma sección pues el tratamiento a nivel APS, generalmente, es similar.

### Ansiedad Generalizada

La ansiedad se describe como una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y tensión emocional acompañada de diversos síntomas emocionales. Es una sensación de un peligro venidero, indefinible, no previsible, de causa vaga e incomprensible. La ansiedad se caracteriza tanto por tener síntomas físicos y psicológicos, y el sustrato psicológico en que se asienta es predominantemente neurovegetativo. La ansiedad es normal en cierto nivel, sin embargo se convierte en trastorno cuando sus características cambian y vulneran la funcionalidad del individuo.

El trastorno de ansiedad generalizada tiene la característica fundamental de ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe a ninguna circunstancia del entorno en particular. Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de pensamientos de nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico, A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismo o algunos de sus parientes

### Epidemiología

Incidencia: 5% de la población puede adolecer de un trastorno de ansiedad.
Hay una dos veces mayor en mujeres que en hombres

### Causas Posibles o Etiología

- Factores Fisiológicos
- Factores Psicológicos
- Factores Genéticos

### Pautas Diagnósticas.

Existen varios grupos de manifestaciones clínicas que los pacientes pueden referir.

**Síntomas autonómicos:**

- Palpitaciones, golpeo de corazón o ritmo cardíaco acelerado.
- Sudoración.
- Temblores o movimientos tipo sacudidas de algunas de las partes del cuerpo.
- Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).

**Síntomas en pecho y abdomen:**

- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o malestar de pecho.
- Náusea o malestar abdominal ( ej. sensación de estómago revuelto)

**Síntomas relacionados con el estado mental:**

- Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o "fuera" de ella ( despersonalización).
- Sensación de perder el control,"volverse loco" o de muerte inminente.
- Miedo a morir.

**Síntomas generales:**

- Calores extremos o escalofríos.
- Sensación de entumecimiento u hormigueo.

**Síntomas de tensión:**

- Tensión muscular o dolores y parestesias.
- Inquietud y dificultad para relajarse.
- Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental.
- Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

**Otros síntomas no específicos:**

- Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
- Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.
- Irritabilidad persistente.
- Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- Algunos pacientes es común que reporten la necesidad de orinar frecuente pero que cuando van al baño no hacen nada pero tienen la necesidad (poliaquiuria).

**Comorbilidad**

Algunas enfermedades pueden coexistir es decir, presentarse acompañadas de otros trastornos. Entre estos el consumo de sustancias y la ansiedad son las más comunes. Algunos trastornos que pueden verse acompañados de ansiedad son:

- Trastornos Obsesivos compulsivos
- Trastornos Adaptativos
- Trastornos Somatomorfos
- Trastornos Disociativos
- Reacciones a Estrés Grave
- Episodios Depresivos

**Diagnostico Diferencial**

- Trastorno Mental y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas
- Enfermedad Coronaria
- Hipertiroidismo
- Feocromocitoma
- Hipertensión
- Diabetes

**Trastorno de Pánico.**

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad caracterizado por ataques repetitivos e inesperados de miedo y ansiedad intensos.

Los ataques de pánico generalmente no están relacionados con una situación particular y alcanzan su mayor intensidad dentro de los 10 minutos siguientes al inicio. La ansiedad experimentada por pacientes con fobias sociales y específicas usualmente es esperada y guiada hacia un estímulo reconocido.

**Quejas presentes**

La persona puede presentar uno o mas síntomas físicos (dolores en el pecho, mareos, sensación de falta de aire). Una entrevista mas a profundidad revelará un cuadro mas completo.

**Pautas para el diagnóstico**

- Ataques inexplicables de ansiedad o miedo que se desarrollan rápidamente y que duran solo unos pocos minutos.
- A menudo estos ataques se presentan con síntomas vegetativos de ansiedad como palpitaciones, sensación de dolor en el pecho, sensación de falta de aire, estómago revuelto, mareos, sentimientos de irrealidad o miedo de padecer una enfermedad grave (pérdida de control o volverse loco, ataque se corazón, muerte repentina).
- A menudo llegan a sentir temor a un nuevo ataque y evitan los lugares donde estos ataques han ocurrido. Las personas pueden llegar a evitar hacer ejercicio u otras actividades que puedan producir sensaciones físicas parecidas al pánico.

**Diagnóstico diferencial**

Muchos procesos patológicos orgánicos pueden llegar a causar síntomas parecidos a los ataques de pánico (arritmia, isquemia cerebral, enfermedad coronaria). La historia clínica y el examen físico pueden ser suficientes para excluir la mayoría de ellos.

- Si los ataques se producen únicamente en situaciones específicas, considerar fobias
- Si coexiste también un estado de ánimo bajo o tristeza, considerar depresión (vea guía de depresión)

**Pautas de actuación**
**Información esencial para el paciente y sus familiares**

- Los trastornos de pánico y ansiedad generalizada son frecuente y existen tratamientos efectivos
- La ansiedad, produce a menudo síntomas físicos alarmantes, dolores de pecho, mareos o falta de respiración no son necesariamente signos de otra enfermedad, pasaran cuando la ansiedad disminuya.
- La ansiedad mental y la física se complementan y se refuerzan mutuamente. Concentrarse en los problemas físicos aumentará el miedo.
- No hay que retirarse o evitar situaciones donde hayan tenido lugar estos ataques, esto reforzará la ansiedad.

**Consejos específicos para el paciente y sus familiares**

En los casos de ansiedad generalizada es importante implementar algunas medidas a corto y mediano plazo, mas consistentes y sistemáticas, sin embargo las sugerencias a continuación también son útiles en el trastorno de pánico

- Explicar al paciente la relación entre los síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad
- Estimular el uso de métodos de relajación para ayudar a reducir la ansiedad (yoga, Tai Chi, masajes relajantes, respiración, meditación, etc).
- Disminuir el uso de cafeína (café, te, bebidas estimulantes).
- Evitar el uso de alcohol, tabaco y otras drogas para combatir la ansiedad.
- Estimular el ejercicio constante.

En el caso de el trastorno de pánico, aconsejar a los pacientes que sigan la pauta descrita a continuación cuando se presente la crisis. Esto es útil en los casos de ansiedad generalizada pero particularmente indicado para el trastorno de pánico:

- Permanecer donde se está hasta que pase el ataque.
- Concentrarse en controlar la ansiedad, no en otros problemas médicos
- Practicar la respiración lenta y relajada. Una hiperventilación dará lugar a algunos de los síntomas físicos del pánico. Una respiración controlada reducirá los síntomas físicos
- Convencerse a si mismo de que es un ataque de pánico y que los pensamientos y las sensaciones de miedo pasarán pronto. Mirar el reloj para comprobar como pasa el tiempo pues se puede tener la sensación de que ha transcurrido más tiempo del verdadero.

- Identificar los miedos exagerados que tienen lugar durante estos ataques de pánico. (pe. Puede temer padecer un ataque del corazón)
- Planificar medios para afrontar estos temores durante el ataque de pánico (p.e. la persona debe decirse a si mismo “no estoy teniendo un ataque al corazón, es un ataque de pánico y pasara pronto”)
- Los grupos de autoayuda pueden ser muy útiles para superar los síntomas de los trastornos de pánico y superar las fobias acompañantes.

**Medicación.**

- Muchas personas con trastorno de pánico y ansiedad generalizada mejoran con estas intervenciones y no necesitan medicación.
- Si los ataques son frecuentes e intensos, o si existe una depresión significativa, pueden ser de ayuda los antidepresivos. Esto no significa que todo antidepresivo sea igualmente eficaz en el tratamiento del trastorno de pánico.
- Puede ser de ayuda para personas que padezcan ataques de pánico leves y poco frecuentes, el uso ocasional de medicación ansiolítica. Su uso continuado puede causar dependencia y la retirada de la medicación puede provocar la reaparición de los síntomas

**Tratamiento Farmacológico**
**Estrategias para seleccionar medicación por niveles de atención**
**• Primer Nivel**
Según presentación clínica evaluar referencia a nivel superior
**• Segundo Nivel**
Según presentación clínica tratamiento y/o evaluar referencia a nivel especializado

**Medicamentos De Elección**

**Segundo Nivel:**
- Clonacepam 2 mg. Tableta. 2 –4 mg/día.
- Diazepam EV 10mg c/12 horas
- Propanolol 40 mg tableta 10-20 mg cada/ día
- Antidepresivos: Fluoxetina 20 mg tableta 20 mg/día
- Sertralina 50 mg tableta 50 mg/día

**Tratamiento no farmacológico**
**Segundo Nivel**

- Grupos Psicoterapéuticos ( bajo la supervisión de alguien que ha recibido la capacitación en salud mental para atender esto grupos; ésta capacitación tiene que ser dada por profesional especializado en el tema

**Consulta a especialistas**

Si los ataques persisten a pesar de los tratamientos indicados, considerar referir a un especialista.

## 7. **Bibliografía**

1. Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2,002.
2. Roses, M. Salud Mental, una prioridad de salud pública en las Ameritas. Rev Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005
3. LUGO JAURIGA, Bárbara R, DIAZ NOGUEL, Noel, GOMEZ DELGADO, Rosendo A et al. Violencia intrafamiliar mortal. Rev Cubana Hig Epidemiol, sep.-dic. 2002, vol.40, no.3, p.203-221. ISSN 1561-3003.
4. Bruce, M. Development of Croydon´s Primary Care Protocols for Common Mental Health Illness 2001: A bottom up approach Psychiatric Bulletin (2003), 27, 221^224
5. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, www.agreecollaboration.org St George's Hospital Medical School, London, June 2001.
6. Ministerio De Salud Públicay Asistencia Social, Direccion De Regulación, Programa Nacional De Salud Mental, Guía Clínicas De Atención A Los Problemas Más Frecuentes De Salud Mental. El Salvador, Abril 2005
7. Palao Vidal, Diego J. Alcances y límites en la actuación del médico de atención primaria en los trastornos psiquiátricos. Psiquiatría y Atención Primaria. Marzo 2003, Volumen 4 Número 2.
8. Secretaría de Salud. Programa de Acción en Salud Mental, México 2002, segunda edición.
9. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
10. T B Ustiin, D Goldberg, J Cooper, et al. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD-1O PHC chapter five. British Journal of General Practice, 1995, 45, 211-215.
11. World Health Organization. WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care. 2003-4 World Health Organization - UK Collaborating Centre.
12. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A et al. Identifying domestic violence: cross-sectional study in primary care. Br Med J 2002, 324: 274-277.
13. Schulberg H, Katon W, Simon G, Rush AJ. Best clinical practice: guidelines for managing major depression in primary care. J Clin Psychiatry 1999, 60(Suppl 7): 19-24
14. Constitución Política de la República de Guatemala. Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993.

15. Screening e Intervención Breve para los problemas relacionados con el Consumo de alcohol en la Atención Primaria Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias OMS, 2001
16. Protocolo de Atención Integral a personas afectadas por Violencia Basada en Género Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas De Atención a las Personas, Programa Nacional de Salud Mental. Guatemala, Marzo 2006
17. Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria Serie PALTEX. Organización Panamericana de la Salud OPS OMS, 1983
18. Ley para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar y su Reglamento Decreto 97 – 96 Congreso de la República de Guatemala Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV Masson, S.A, México, 1995

19. Guía latinoamericana de diagnóstnico psiquiátrico, asociación psiquiátrica de América latina, sección de diagnóstico y clasificación,Centro Universitario de ls Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México 2004

20. Ell, K., Unützer, J., Aranda, M., Sanchez, K., Lee, PJ. (2005). Routine PHQ-9 Depression Screening in Home Health Care: Depression Prevalence, Clinical and Treatment Characteristics. Home Health Care Services Quarterly, 24 (4): 1–19.

21. National Institute for Mental Health in England, Mental health promotion in primary care. London, July 2005

22. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. Journal of Affective Disorders 2004;78:131–140 a. [PubMed: 14706723]

# 8. Anexos

**Anexo 1.**

## Ficha de Evaluación Individual

**No.**_____

**Datos Generales:**
Nombre:_____
edad_____sexo_____estado civil_____
religión_____grupo etnolingüística_____
escolaridad_____ocupación_____
**Fecha:**

**Historia psicosocial**

Historia del problema actual (psicológico-somático-relacional): investigar inicio, características del problema, intensidad, como se alivia o desaparece, si es crónico o agudo, tiene relación con algún evento, etc)

Los síntomas anteriormente descritos le permiten a la persona un nivel aceptable de funcionamiento familiar, laboral y comunitario o social:

si ( ) no( )

si la respuesta es no, considere su referencia a un nivel más alto de resolución.

Relaciones familiares: investigar problemas de interacción, de comunicación y de violencia y de funcionamiento familiar.

Relaciones laborales, escolares: investigar actitudes frente al trabajo, las responsabilidades, comunicación, interacción, estrés y satisfacción laboral.

**Anexo 2**
**Examen mental**:

a) Escribir si o no en el cuadro que describa mejor el estado mental.

| Apariencia General | | Actitud General | |
|---|---|---|---|
| • Higiene | | • colaborador | |
| • Aliño | | • indiferente | |
| • Autocuidado | | • desafiante | |
| • otro | | • amenazador | |
| • | | • otro (describa) | |

Describa _____
_____

| orientación | presente | Conciencia | Presente |
|---|---|---|---|
| • Tiempo | | • Alerta | |
| • Espacio | | • Obnubilación | |
| • persona | | • Spoor | |
| | | • Coma | |

Describa _____
_____

| Evaluación del Lenguaje | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Flujo | | Velocidad | | Tono | |
| • espontaneo | | • Apropiada | | • apropiado | |
| • a demanda | | • Acelerado | | • Fuerte | |
| • mutista | | • lento | | • Bajo | |

Describa _____
_____

| Evaluación del Pensamiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Proceso | | Contenido | | Produccion | |
| • coherente | | • Apropiado | | • apropiado | |
| • tangencial | | • Delirante | | • Acelerado | |
| • Concreto | | • Ideas sobrevaloradas | | • Lento | |
| • circunstancial | | | | | |

Describa _____

| Evaluación de la Percepción | |
|---|---|
| • Apropiada | |
| • Ilusiones (realidad distorcionada) | |
| • Alucinaciones | |
| o visuales | |
| • auditivas | |
| • tactiles | |
| • gustativas | |
| • olfativas | |
| • complejas (mixtas) | |

Describa _____

_____

| Evaluación del Estado de Ánimo | | | |
|---|---|---|---|
| • Apropiado | | • Alerta | |
| • Elevado | | • Obnubilación | |
| • Deprimido | | • Spoor | |
| • Plano | | • Coma | |

Describa _____

_____

b) Otras emociones:

| | | |
|---|---|---|
| Eufórico | satisfecho | insatisfecho |
| decaído | alegre | deprimido |
| Triste | culpa | cólera |
| impotencia | exaltado | apático |
| temeroso | Otro especifique | Otro especifique |

- Otros síntomas no especificados anteriormente:

Describa _____

_____

Acercamiento Diagnóstico

Plan de abordaje

Evoluciones del caso

**Anexo 3**

Ficha de Referencia y Contrarreferencia.

**Datos Generales:**
Nombre:_____
edad_____sexo_____estado civil_____
religión_____grupo etnolingüística_____
escolaridad_____ocupación_____
Fecha:

Motivo de Consulta:

Quejas Principales:

Hallazgos Clínicos (breve examen mental):

Diagnóstico:

Tratamiento brindado:

Lugar de Referencia:

Motivo de Referencia:

Nombre de quien refiere:

Contrarreferencia:

Diagnóstico:

Tratamiento Brindado:

Motivo de Contrarreferencia:

Recomendaciones de Seguimiento de Tratamiento:

Nombre de quien refiere:

Anexo 3

Ficha de Reporte Estadístico.

**Datos Generales:**
Nombre:_____
edad_____sexo_____estado civil_____
religión_____grupo etnolingüística_____
escolaridad_____ocupación_____
Fecha:

Diagnóstico Inicial:

Reconsultas:

Diagnóstico Sucesivo:

Nombre de quien reporta:

Anexo 4

## Escalas de Depresión
## (Escala de Depresión de Hamilton –HAM-D-)

Esta escala no está destinada a realizar un diagnóstico pero si puede ayudar establecer un estado inicial el cual puede monitorearse para evaluar la mejoría del paciente.

Plantee una a una las siguientes preguntas encerrando en un círculo la respuesta que brinde el paciente, luego sume los números encerrados en los círculos y escriba el total en la parte inferior, con la fecha y nombre. Reporte el punteo de la escala y manténgalo en la ficha médica del paciente. Compárelo de cuatro a seis semanas luego de haber iniciado el tratamiento.

**Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:**
0 = Ausente
1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

**2. Sentimiento de culpa:**
0 = Ausente
1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

**3. Suicidio:**
0 = Ausente
1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
2 = Desearia estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
3 = Ideas de suicidio o amenazas
4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

**4. Insomnio precoz:**
0 = No tiene dificultad
1 = Dificultad ocacional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
2 = Dificultad para dormir cada noche.

**5. Insomnio intermedio:**
0 = No hay dificultad
1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

**6. Insomnio tardío:**
0 = No hay dificultad
1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

**7. Trabajo y actividades:**
0 = No hay dificultad
1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
**8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):**
0 = Palabra y pensamiento normales
1 = Ligero retraso en el habla
2 = Evidente retraso en el habla
3 = Dificultad para expresarse
4 = Incapacidad para expresarse
**9. Agitación psicomotora:**
0 = Ninguna
1 = Juega con sus dedos
2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios
**10. Ansiedad psíquica:**
0 = No hay dificultad
1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
2 = Preocupación por pequeñas cosas
3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4 = Expresa sus temores sin que le pregunten
**11. Ansiedad somática ( Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilacion, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):**
0 = Ausente
1 = Ligera
2 = Moderada
3 = Severa
4 = Incapacitante
**12. Síntomas somáticos gastrointestinales:**
0 = Ninguno
1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicacion intestinal para sus síntomas gastrointestinales
**13. Síntomas somáticos generales:**
0 = Ninguno
1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares.

2 = Pérdida de energía y fatiga. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

**14. Síntomas genitales** (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):
0 = Ausente
1 = Débil
2 = Grave

**15. Hipocondría:**
0 = Ausente
1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
2 = Preocupado por su salud
3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**16. Pérdida de peso:**
0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
1 = Pérdida de más de 500 gr en una semana
2 = Pérdida de más de 1 kgr en una semana

**17. Perspicacia:**
0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3 = No se da cuenta que está enfermo

Nombre:
Fecha:
Auto entrevista? Si__ No___

Entrevistador