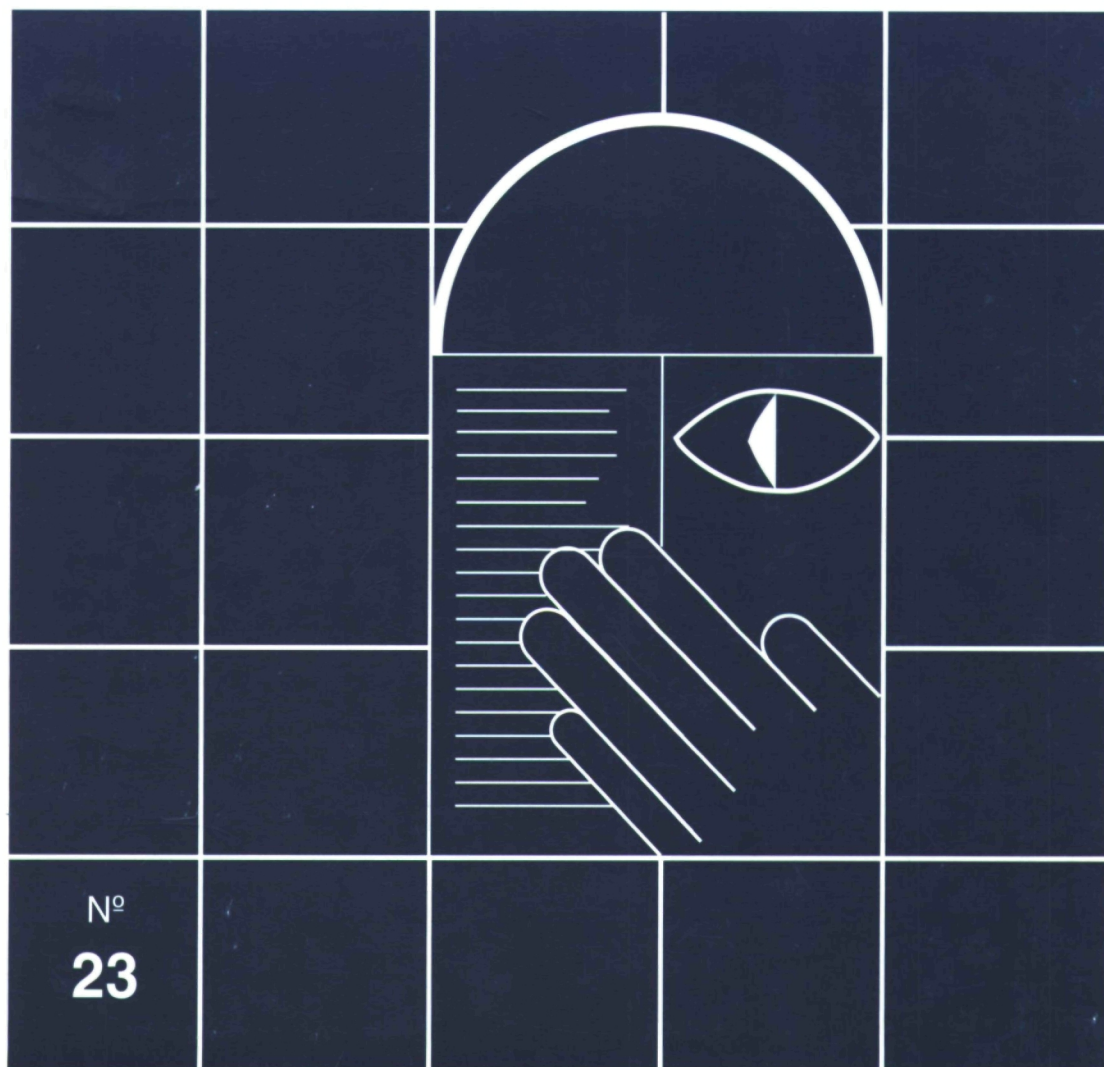


ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria

Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares



Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria

Segunda edición

Carlos E. Climent, M.D., M.S.

María Victoria de Arango, M.D., MPH

Departamento de Psiquiatría

Universidad del Valle

Cali, Colombia

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1996

Copyright© Organización Panamericana de la Salud 1996
ISBN 92 75 32191 4
Segunda edición 1996

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

La mención de los nombres de casas o productos comerciales que aparecen en el texto tiene solo fines de identificación y no significa el patrocinio o la aprobación de la OPS.

Publicación de la
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.
1996

De los autores:

Para esta segunda edición queremos expresar nuestra gratitud a las miles de personas del sector salud que utilizaron este manual durante estos 10 años en América Latina; sus comentarios, recomendaciones y el haberlo utilizado en la atención de seres humanos con necesidades apremiantes y sin acceso a servicios especializados, nos llena de satisfacción.

Prefacio		vii
Introducción		1
Normas para el programa de atención psiquiátrica ambulatoria		5
Sección A	Historia del paciente	7
Sección B	Principios generales de la entrevista médica	11
Sección C	Cuestionario ilustrado de síntomas	15
Sección D	Flujograma maestro	47
Sección E	Los síndromes psiquiátricos más frecuentes en adultos	51
	Depresión	51
	Suicidio	55
	Angustia	59
	Psicosis	62
	Agitación	70
	Epilepsia	74
	Alcoholismo	79
Sección F	Los síndromes psiquiátricos más frecuentes en niños	85
	Hiperactividad	85
	Depresión en niños	88
Apéndice I	Farmacodependencia	111
Apéndice II	Maltrato infantil	123
Apéndice III	Cuestionario de síntomas	135
Apéndice IV	Programa de orientación y promoción de la salud mental para la comunidad	138
Apéndice V	Información estadística mínima que debe recopilar un servicio ambulatorio de salud mental	141

Prefacio

El programa de trabajo, que han determinado los Gobiernos Miembros que constituyen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluye dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, el desarrollo de nuevos tipos de materiales educativos aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento de lo señalado por los gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, la Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares, de la cual forma parte este manual.

El Programa Ampliado (PALTEX), en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material está destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, tanto a las etapas de pregrado como de posgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio, y puede servir a todo el personal de salud

involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El Programa Ampliado cuenta con el financiamiento de un préstamo de \$5.000.000 otorgado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF). La OPS ha aportado un fondo adicional de \$1.500.000 para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del programa a la oficina coordinadora del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

Para ello, la OPS auspicia la realización de reuniones de funcionarios encargados de dicha formación en los países de América Latina y el Caribe, profesores universitarios y personal de los ministerios de salud y de educación, con el objeto de estudiar los diferentes métodos de formación y analizar los cambios que dicho proceso requiera. Se definen las funciones que los técnicos y auxiliares deben desempeñar en su trabajo, y se señalan los contenidos de los materiales de instrucción, para pasar después a una segunda

Prefacio

etapa de cooperación técnica.

Una vez determinado el contenido del material de instrucción, la Organización contrata expertos en tecnología educacional para preparar manuales, módulos y materiales audiovisuales. En general, estos expertos son profesores o instructores latinoamericanos que trabajan en este campo en sus respectivos países y, por lo tanto, poseen un profundo conocimiento de la consideración de los países y se prueban experimentalmente en el campo.

La Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares, se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para el personal técnico y auxiliar: una selección de materiales que proporciona elementos para la formación básica de estos estudiantes, que anteriormente no disponían de materiales de instrucción especialmente preparados para ellos.

Los manuales y módulos que constituyen esta serie se hallan a disposición de los ministerios, instituciones, organismos, empresas, escue-

las, institutos u otras entidades privadas o públicas en las que se forman o emplean trabajadores de salud. El material se remite por vía terrestre o marítima, a precio de costo o más bajo, a través de las oficinas de la OPS en cada país, y se abona en moneda local a su recibo.

Las instituciones también pueden recibir el material en consignación, para su venta a los alumnos o trabajadores de salud, lo que implica la firma de un Memorándum de Entendimiento entre la OPS y la institución participante, mediante el cual esta última se compromete a recibir el material, mantenerlo en lugar apropiado, venderlo a los precios fijados por la OPS, y depositar el producto de la venta en moneda local, según los procedimientos que se determinen.

Las instituciones interesadas en participar en el programa pueden ponerse en comunicación con la Organización Panamericana de la Salud, a través de las Representaciones en los distintos países.

Introducción

Descripción del Manual

El presente Manual de normas y procedimientos aplicados en la atención de enfermos mentales está destinado a servir de guía para el personal auxiliar de servicios ambulatorios conocido como trabajadores de atención primaria de salud (TAP). El Manual está dividido en seis secciones y tiene varios apéndices.

La primera sección se refiere a la historia del paciente; la segunda describe los principios y la metodología que se utilizan en la entrevista de los enfermos mentales, haciendo uso de un cuestionario patrón. La tercera sección es un cuestionario ilustrado de síntomas que sirve para que, cuando se muestra al paciente, éste pueda hacer una "autodescripción" pudiéndose así indentificar su sintomatología. La cuarta contiene un flujograma maestro que señala cuáles son los síndromes más frecuentemente detectados en los centros de salud, puestos sanitarios y dispensarios. La sección quinta incluye la descripción de dichos síndromes en adultos; y la sexta trata los síndromes más comunes en los niños, que se presentan con mayor frecuencia en las instituciones mencionadas y que pueden identificarse sin mayor dificultad, de acuerdo con las indicaciones de las secciones anteriores y que responden al tratamiento que se les puede ofrecer según lo

señalado en la parte correspondiente al manejo del paciente. Para cada síndrome hay un flujograma que sirve para facilitar la identificación y manejo respectivo del caso. Además, la información complementaria sobre cada síndrome inducirá al que trata de estudiar al paciente a realizar un mayor número de preguntas más concretas acerca del cuadro que procura identificar.

Los Apéndices incluyen el Cuestionario de Síntomas para la detección de problemas (Cuestionario de Síntomas); un programa de orientación y promoción de la salud mental para la comunidad y finalmente, algunas sugerencias sobre información estadística mínima.

La utilización de este Manual dependerá de la situación en que se encuentre el personal auxiliar dentro de la organización del servicio. Las normas y procedimientos que contiene el Manual y el adiestramiento previo que se requiere para su manejo, harán que ese personal pueda identificar y tratar los casos que correspondan a los síndromes más comunes y, además, referir al servicio médico aquellos pacientes que por la complejidad de su sintomatología, la falta de respuesta al

1 Climent, C., Harding, T., Ibrahim, H., Wig, N. y Ladrado-Ignacio, L. El Cuestionario de Síntomas para la detección de problemas en adultos. ACTA PSYCHIATR. PSYCOL. AMER. LAT. 1989 (3-4) 124-131

2 *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*

tratamiento o la aparición de reacciones adversas a los medicamentos necesiten atención médica. Este trabajador de atención primaria no actúa aisladamente, sino que forma parte integrante de un equipo humano que se afana en favor de la salud y del cual el TAP depende necesariamente para su orientación, apoyo y evaluación de sus actividades.

Este Manual debe ser parte de acciones que sirvan para orientar el trabajo que realizan los médicos generales y las enfermeras de esta especialidad, para que puedan cumplir a cabalidad sus funciones de apoyo, guía, supervisión y evaluación de la atención ambulatoria que presta el personal auxiliar en el campo psiquiátrico.

La utilización que puedan hacer de este Manual los servicios de salud requerirá de un proceso de adaptación a sus propias políticas sanitarias, disponibilidad de recursos y condiciones epidemiológicas, sociales y culturales de la población.

El número de profesionales que se encuentran disponibles para la atención de trastornos mentales no es suficiente para atender satisfactoriamente las necesidades que tiene la población. Esta cobertura insuficiente se hace más evidente en las poblaciones alejadas de los centros urbanos, donde se concentran los especialistas de la atención psiquiátrica: médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Por lo tanto, los servicios primarios de salud en atención psiquiátrica que requiere la población no cubierta tendrán que ser provistos en forma ambulatoria por personal auxiliar, previamente preparado y bajo la supervisión de los profesionales que trabajan en los niveles más complejos de atención.

Al trabajador de atención primaria que ha recibido la formación adecuada para realizar sus actividades se le conoce con diversos términos de acuerdo con la estructura de la organización sanitaria en donde trabaja; técnico, asistente, ayudante, promotor, auxiliar, etc.

La institución o centro donde se desempeña este personal auxiliar deberá estar adscrito o depender de un servicio médico que le sirva de

apoyo o guía y como centro de referencia para los casos que lo requieran.

Por lo general, el trabajador de atención primaria (TAP) puede atender los casos de trastornos mentales en poblaciones que no dispongan de servicios médicos generales y, menos aún, de especialistas.

La atención del enfermo mental es una labor que se agrega a los servicios incluidos en la atención primaria de salud.

Los objetivos que persigue el presente Manual son variados y se refieren a la necesidad de capacitar el personal auxiliar para cubrir los siguientes componentes de la atención ambulatoria del enfermo mental:

1. Identificación del paciente que revela alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental ("caso").
2. Envío al médico para la comprobación diagnóstica e indicación del tratamiento respectivo.
3. Seguimiento de los casos para su control, tratamiento y descripción de la evolución seguida por la enfermedad.

El Manual cumplirá dos funciones: a) docencia, y b) guía para el trabajo.

Funciones del servicio donde se puede utilizar el Manual

Conviene señalar que la participación del trabajador de atención primaria en la atención del enfermo mental, siguiendo los propósitos establecidos en el presente Manual, estará en armonía con las políticas sanitarias del país y contará con el apoyo y aprobación de los profesionales de la salud mental.

Para que este servicio funcione sin mayores dificultades es requisito indispensable que la planta de médicos y enfermeras, de quien depende el trabajador de atención primaria (TAP), conozca el contenido y finalidad del programa para así poder ofrecer adecuado apoyo y guía durante la supervisión. La recepción de los

pacientes remitidos se acompañará de la respuesta correspondiente a quien los envió. Se menciona la "respuesta", porque su omisión es causa de gran frustración para el trabajador de campo.

Las funciones del TAP serían las siguientes:

1. Identificación de pacientes con trastorno mental para su tratamiento ambulatorio de acuerdo con la indicación del médico y su seguimiento consecutivo.

2. Envío de pacientes al servicio médico en las siguientes situaciones:

a) Cuando, por la complejidad de la sintomatología, se requiera examen médico para su identificación.

b) Cuando la evolución del caso no sea favorable; la respuesta a los medicamentos prescritos es insuficiente o cuando se presentan reacciones adversas.

c) Cuando hay una recaída.

3. Información periódica acerca de las actividades del servicio.

La supervisión del TAP tendrá, entre otros, los siguientes objetivos: verificación y adecuación de las actividades, solución de problemas o dificultades y actualización de conocimientos. La supervisión tendrá, además, como funciones primordiales, estimular la iniciativa personal para la innovación y ofrecer educación continua en el servicio.

De acuerdo con la estructura de la organi-

zación sanitaria del país, la supervisión puede proceder de dos niveles: uno, el nivel inmediato superior del que depende directamente el servicio donde el TAP realiza sus actividades, que podría estar a cargo de un médico o enfermera que conozca el programa. El otro nivel, el que corresponde al equipo de especialistas de la salud mental. Coordinar estas supervisiones es función propia de cada organización sanitaria.

La evaluación servirá, entre otros propósitos, para reestructurar el servicio cuando se estime conveniente y establecer nuevas metas cuando sea necesario. La modalidad que adopte la evaluación va a depender de la estructura sanitaria que tenga el país. La evaluación se hará de acuerdo con el análisis del informe que presente el TAP y el resultado de las supervisiones, para poner en evidencia el alcance de las metas previamente propuestas en la planificación del programa.

La evaluación que se realice al inicio del programa puede ser responsabilidad de uno de los miembros del equipo de salud mental y, posteriormente, según la evolución que experimente el servicio, esta función puede ser asumida por el epidemiólogo del servicio sanitario local. No hay ni debe haber contradicción entre una y otra actividad de evaluación en razón de sus diferentes niveles de complejidad: Por el contrario, su realización en forma coordinada contribuirá a la prevención del daño y a una mejor utilización de recursos para el diagnóstico de la enfermedad y recuperación del paciente.

Normas para el programa de atención psiquiátrica ambulatoria

La problemática de la salud mental de la población y la necesidad de extender la cobertura de atención, en la medida que lo permitan los recursos humanos y físicos existentes, hacen necesario establecer ciertas normas que rijan la ejecución de diversas actividades del programa a fin de garantizar su eficacia.

Los *propósitos* que persigue el programa pueden definirse como sigue:

1. Promover acción tendientes a lograr la prevención de trastornos y desajustes mentales dentro de la zona de cobertura.

2. Promover acciones para satisfacer la demanda de servicios de salud mental de manera más acorde con los requerimientos reales; realizar diagnóstico precoz y evitar, o al menos disminuir, la necesidad de hospitalización.

3. Mantener la continuidad del tratamiento mediante programas de seguimiento.

Atención de pacientes

El programa está destinado a proveer atención ambulatoria para enfermos mentales en la comunidad donde estos viven. Se destinará personal auxiliar capacitado (trabajadores de atención primaria, TAP), con el apoyo de un equipo supervisor

(médico, especialista, enfermera o psicólogo) para atender sectores determinados de la población según las necesidades que tengan y la facilidad de acceso a los centros donde se preste dicha atención.

1. Mediante el servicio de consulta externa se brindará atención en salud mental a toda la población de la zona. La atención inicial será realizada por un trabajador de atención primaria capacitado para tal fin.

2. El médico general o el psiquiatra será el responsable de las terapias medicamentosas que se administren o de cualquier otro tipo de tratamiento, ya que tendrán la obligación de supervisar el curso del mismo.

3. Toda persona que solicite atención deberá ser entrevistada en forma breve según las técnicas descritas en este Manual; el paciente deberá responder el cuestionario estandarizado y se anotará su historia. En esta primera entrevista se aplicarán sistemáticamente criterios que determinen si se trata o no de un "caso" y para asignar la prioridad de atención que requiera.

4. Cada "caso" será consultado o evaluado por un supervisor una vez que el TAP haya obtenido toda la información básica que permitirá al médico o especialista realizar un diagnóstico, proponer un tratamiento y orientar el seguimiento adecuado.

6 *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*

5. Los casos de urgencia (intentos de suicidio, agitación, pánico, psicosis) se atenderán de inmediato, siguiendo los procedimientos de atención y referencia descritos en este Manual para cada síndrome clínico.

6. Aquellos casos que no puedan ser resueltos por el TAP serán referidos al centro de salud distrital o zonal, junto con la información pertinente, de acuerdo con las pautas descritas en el Manual.

7. A todo paciente que sea atendido en el programa se le confeccionará una tarjeta de seguimiento, se le tomará la historia clínica y se le hará completar el cuestionario de síntomas.

8. Para la mejor atención de un paciente que llegue al centro de salud, el médico podrá utilizar como medio de apoyo los recursos científicos de que dispone el hospital psiquiátrico, cuando esta institución exista en la zona.

9. De ser necesario, y si las condiciones lo permiten, se efectuarán visitas a domicilio con el propósito de evaluar el comportamiento del paciente en el hogar o el trabajo, las condiciones psicosociales del ambiente en que se desenvuelve y la eficacia terapéutica del tratamiento.

Promoción de la salud mental

1. El TAP encargado del programa y la enfermera jefe del centro del cual dependen se encargarán de realizar la promoción inicial del programa entre el personal del centro, mediante charlas de orientación que den a conocer los objetivos, normas y procedimientos del programa.

2. Todo el personal que trabaja en el centro podrá servir como agente de promoción y dar

información individual y colectiva a los pacientes que acuden al centro y en la comunidad misma.

3. Cuando sea necesario, y según los recursos humanos disponibles, se dará educación comunitaria sobre el programa mediante charlas programadas de 15 a 30 minutos de duración, en el centro de salud, escuelas y centros comunitarios, utilizando como tema la descripción de síntomas y síndromes que se hace en este Manual.

Docencia

1. Según la disponibilidad de recursos y las necesidades de la zona, se irá formando personal nuevo para ampliar el alcance del programa. Asimismo, se ofrecerán cursos de actualización para el personal ya capacitado.

2. Los profesionales que integran el equipo supervisor (médico, enfermera) también recibirán instrucción sobre las normas y procedimientos del programa.

Investigación

Hasta donde sea posible se llevará un control estadístico y epidemiológico de la población atendida en los centros, con el propósito de hacer estudios sobre la cobertura de atención en salud mental, la morbilidad mental y problemas psicosociales relacionados. Estos datos facilitan la determinación de necesidades de atención y de recursos en materia de salud mental. Para esto se recomienda utilizar el Cuestionario de Síntomas aplicado como se indica en las instrucciones respectivas.

Historia del paciente

Historia del paciente

Identificación del paciente

Se deberá describir, con la mayor precisión posible, el grupo étnico al cual pertenece el paciente, según unas pocas categorías (por ejemplo, indígena monolingüe o bilingüe, negro, mestizo, mulato, emigrante europeo, mezcla indeterminada, etc.), lo cual puede dar una idea clara acerca de su trasfondo cultural, por ejemplo, prácticas mágicas, creencias en brujerías y hechizos, empleo de las emociones, costumbres y actitudes generales, etc.

1. Cada historia debe llevar un número. Es fundamental que cada paciente pueda identificarse con exactitud en todo momento, pues en algunas ocasiones aparecen dos pacientes con el mismo nombre.

2. Debe anotarse el nombre completo del enfermo en forma correcta, en lo posible con su segundo apellido.

3. El sexo del paciente también deberá aparecer en la hoja de registro, ya que son frecuentes los casos en que los mismos nombres son utilizados tanto por hombres como por mujeres. Para fines estadísticos y estudios posteriores, este es un dato esencial.

4. La edad y fecha exacta de nacimiento puede facilitar la identificación del tipo de enfermedad mental que esté sufriendo el paciente, dado que hay enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en ciertas edades. Por otro lado, cuando se trata de niños, se puede determinar si el desarrollo físico y nutricional es aceptable en relación con la edad. La desnutrición grave puede retardar no solamente el crecimiento sino también el desarrollo mental.

5. Debe describirse la ocupación del paciente a fin de deducir cuál era el nivel de comportamiento anterior, las presiones a las que puede estar sometido, el grado de relaciones interpersonales que debe mantener en el desempeño de su oficio, y la presencia de algún tóxico que hubiera podido provocar la crisis nerviosa.

6. Hay que apuntar la procedencia (dirección) del paciente, ya que esta indica en forma aproximada su nivel socio-económico, dato que resulta de enorme importancia para hacer un seguimiento adecuado.

7. Aspecto físico. Puede indicar el grado de enfermedad, por ejemplo, descuido personal.

8. Estado civil. Es importante conocer este dato pues da una idea sobre la estabilidad del paciente y también sobre la posible ayuda que puedan brindarle sus familiares en el tratamiento que deba seguir.

§ *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*

9. Religión. La religión indica las ideas religiosas, prácticas ocultas y formas de vida que pueden haber afectado al paciente (indistintamente de la procedencia) y su actitud hacia la enfermedad y la vida.

Fuentes de información

Este término se usa para denominar a las personas que dan informaciones acerca de la vida y enfermedad del paciente. En muchos casos el propio enfermo puede ser una buena fuente de información. Conviene anotar el nombre o nombres de quienes dan información acerca del paciente y su relación con él. Deberá investigarse durante cuántos meses o años el informante ha conocido al paciente y si ha convivido con él. Por último, deberá decidirse si el informante es digno o no de crédito para determinar el grado de aceptación que se le dé a su información.

Causa de la consulta

Esto se refiere a la razón que dan el paciente o sus familiares para acudir a la consulta. Se debe conceder importancia a las razones que se den, porque con frecuencia quienes tratan al paciente se dedican a la búsqueda de síntomas graves u olvidan tocar el tema que preocupa al paciente y que lo llevó a realizar la consulta.

Con frecuencia la causa de consulta es algo expresado en forma muy breve o vaga. Es necesario hacer preguntas cuyas respuestas aclaren la queja. Un familiar puede decir, "Se enloqueció desde anoche, lo cual puede ampliarse preguntando, ¿Qué es lo que ha hecho? ¿Por qué considera que son locuras? ¿A qué se deberá esto? Observar en el paciente, además de lo que dice con palabras, su conducta no verbal tal como el tono de voz, actitud, gestos, grado de preocupación ante la situación de lo que narra, etc.

Enfermedad actual

Es la descripción de lo que le ha sucedido al paciente durante su enfermedad. Se debe hacer

una narración cronológica clara y ordenada de los hechos con todos los detalles posibles. Una pregunta que puede revelar aproximadamente cuándo se inició la enfermedad es: ¿Hasta cuándo estuvo bien el paciente? ¿Qué fue lo primero que le notaron que fuera raro o diferente? A partir de esta información se van investigando otros síntomas, su frecuencia y las circunstancias de su aparición. Debe investigarse si el paciente dejó su trabajo, si no come, o no duerme, si habla con sus familiares y vecinos, si ha abandonado actividades como deportes u otros pasatiempos y en general su adaptación social; si ha descuidado su aspecto físico y personal. Es importante conocer la opinión de los familiares y del paciente en cuanto a la causa de la enfermedad. Se debe investigar si han consultado al médico, curandero, brujo, etc.; qué le han prescrito y qué cambios notaron en el paciente. Es importante saber si anteriormente ha presentado un cuadro similar al actual, o si algún familiar lo ha presentado en alguna oportunidad; a quién acepta como autoridad; cuáles son sus puntos de apoyo (un amigo, familiar, el patrón); cuáles son sus intereses actuales.

Antecedentes familiares

Este punto se refiere a la investigación de las enfermedades que hayan sufrido los familiares del paciente. Algunas de estas podrían ser: diabetes (en niños puede manifestarse en trastornos del comportamiento), tumores (la localización cerebral puede producir disturbios graves del comportamiento) y las enfermedades mentales y trastornos convulsivos, los cuales deben investigarse en detalle. Un pregunta podría ser: ¿Ha habido alguna enfermedad grave en la familia? El ambiente en el que se crió el paciente pudo ser muy alterado y como consecuencia éste pudo haber sufrido privaciones afectivas serias que causaron la patología que presenta al momento de la consulta.

Es importante averiguar si existen antecedentes de criminalidad, brutalidad o incesto. Las siguientes preguntas podrían orientar al infor-

mante: “¿Hay algún familiar que se muestre muy violento, o que acostumbre golpear a los miembros de la familia? ¿Ha estado alguno detenido y por qué?” “¿Hay alguno que beba licor con frecuencia hasta emborracharse y se comporte violentamente al llegar a su casa?”

Antecedentes personales

Esta parte se refiere a los problemas que hayan podido surgir durante la gestación del paciente, su nacimiento y su infancia. Es importante que se investiguen enfermedades eruptivas, alcoholismo o consumo de drogas que puede haber tenido la madre cuando estaba grávida del paciente. Esto podría explicar manifestaciones de retraso mental u otras deficiencias en el niño. Es importante también conocer los pormenores del trabajo de parto, por ejemplo, cuánto tiempo pasó la madre con dolores fuertes hasta el momento del alumbramiento. Se debe investigar quién atendió el parto y si la criatura estaba morada o de buen color al nacer, si lloró y respiró inmediatamente; si horas después se puso amarilla como yema de huevo o si le dieron ataques, etc.

Posteriormente se investigan los datos correspondientes al desarrollo psicomotor (cuándo levantó la cabeza, se sentó, caminó, dijo las primeras palabras), es decir, si al compararlo con sus hermanos y otros niños su desarrollo fue normal o no. Se debe investigar si fue un niño solitario, que no jugaba ni reaccionaba afectivamente ante sus padres y sus familiares o si era *excesivamente* inquieto, destructivo e incapaz de mantener una misma actividad durante un tiempo determinado. Debe investigarse cómo era su rendimiento escolar en opinión de sus padres y profesores; si perdió años, y si su comportamiento en el colegio fue intolerable por algún motivo.

Debe investigarse si ha sufrido caídas serias, traumas craneanos, accidentes, pérdida del

conocimiento (si se ha “privado” o si ha tenido “ataques) o convulsiones—describir cómo fue la convulsión—). Se debe investigar si tiene hábitos tales como el alcohol, las drogas, etc. Finalmente, debe describirse el orden que ocupa entre sus hermanos y las relaciones que mantiene con sus familiares.

Personalidad previa

Esta parte corresponde a la descripción que hacen los informantes de cómo veían al paciente antes de la iniciación de su enfermedad actual. En este punto conviene utilizar palabras que den una idea clara sobre su comportamiento en cuanto a los distintos aspectos de su vida, por ejemplo, “Era responsable, estudioso, buen miembro de familia, le gustaban poco las fiestas y los amigos; era tímido”. Varias descripciones podrían ser: “Avispado, sociable, un poco irresponsable, no le gustaba el estudio”; o bien, “Es rabioso, peleador, todo hay que hacérselo, le gusta el trago, muy irresponsable”; otra sería, “Es exageradamente tímido, miedoso”; otro ejemplo, “Era muy solitario, no se comunicaba casi con nadie”. Hay que investigar cómo se enfrenta ante los problemas, qué hace, si busca ayuda o los resuelve solo, si los niega, etc.

Es importante advertir que esta descripción puede facilitar la elección de metas para el paciente. Se podrán tratar los síntomas de enfermedad que describen los familiares y que presenta el paciente al momento de la consulta, pero su personalidad seguirá siendo básicamente la misma. Después de cumplido un tratamiento no se puede esperar que un individuo que toda su vida ha sido callado, tímido y poco sociable vaya a convertirse en una persona con características opuestas, como es la transformación mágica que muchas veces esperan ver los familiares y en algunas ocasiones las personas que realizan el tratamiento.

Principios generales de la entrevista médica*

En el proceso de la comunicación interpersonal el intercambio de mensajes va acompañado de un intercambio de afectos que influyen sobre uno y otro interlocutor. La entrevista médica puede considerarse como un proceso de comunicación interpersonal en el cual el entrevistador ayuda al entrevistado a reconocer, comprender y controlar situaciones relacionadas con su salud mental. El método propuesto en este Manual facilita esa comunicación mediante el uso de un cuestionario.

A primera vista parece muy sencillo comunicarse o interrogar a otra persona sobre diversos aspectos de su vida o de su salud. La gente aprende pronto a participar en el proceso de preguntar y responder y puede llegar a creer que la práctica constante en la vida diaria capacitaría a cualquiera para hacer el trabajo de entrevistador. Sin embargo, la realidad no es así. El entrevistador debe ser adiestrado para que pueda establecer una comunicación eficaz y consiga los fines de la entrevista.

El arte del entrevistador consiste en crear una situación en la cual las respuestas del informante sean dignas de confianza y válidas. Se persigue llegar a crear durante la entrevista un ambiente de confianza, en que el informante se sienta libre para expresar francamente sus opiniones, sin temor a que el entrevistador demuestre sorpresa o

haga juicios críticos y teniendo la certeza de que su información no será revelada a terceros.

El primer requisito para entrevistar con éxito a una persona es crear un ambiente agradable en el cual el entrevistado se sienta tranquilo, de tal manera que la entrevista se inicie de la manera más sencilla. De ahí en adelante el éxito de la entrevista dependerá de la habilidad que tenga el entrevistador para hacer las preguntas en forma clara, limitándose a una sola idea a la vez, y obtener respuestas válidas anotando con precisión y en forma completa las respuestas obtenidas.

El entrevistador debe mantener una actitud amistosa, cortés, informal y sin prejuicios. No debe mostrarse demasiado serio, tímido, frío o distante, ni demasiado efusivo o halagador. Debe adoptar una apariencia sosegada y sin prisa. Lo importante es que el informante se sienta tranquilo para hablar libre y plenamente. Siempre que sea posible hay que dejar que el entrevistado haga su relato con libertad, para después ayudarlo a completar los detalles que falten.

La entrevista debe realizarse en un lugar privado, con la puerta cerrada, donde tanto el paciente como el entrevistador pueden sentarse uno frente al otro y conversar sin obstáculos. Se

* Redactado en colaboración con Lida Victoria de Aragón.

debe tratar de hacer la entrevista como una charla informal; si en algún momento la persona sintiera vergüenza de confesar algo, se le debe dar el apoyo necesario para librarse de ese sentimiento.

Las preguntas a realizar deben hacerse en forma precisa, con claridad, evitando así despertar dudas en el entrevistado; el lenguaje o vocabulario empleado debe ser comprensible para el paciente. Cuando se obtengan respuestas que no vengan al caso deben hacerse las preguntas en forma más clara y adecuada. Si el entrevistado interrumpe antes de escuchar la pregunta completa, ésta debe repetirse pues no se debe suponer que la ha entendido correctamente.

Siempre deben aclararse respuestas dudosas que revelen confusión en el entrevistado. Nunca se debe influir sobre el paciente sugiriendo las respuestas; por ejemplo: "Ah, lo que usted quiere decir es . . ." o "me imagino que usted quiere decir . . .", etc.

En todo momento se debe mantener el control de la entrevista. La situación más difícil de controlar es aquella en que los entrevistados hablan demasiado. La solución es interrumpirlos, y esto no debe ser motivo de preocupación, pues debe recordarse que hay muchas preguntas por hacer y, además, que no se está cambiando el tema, sino llamando la atención sobre otro aspecto del mismo. Si el entrevistado continúa hablando, se puede aprovechar cualquier pausa e interrumpirlo.

Sin embargo, se debe evitar hacer interrupciones cuando recién se ha iniciado la entrevista, pues aún no se ha logrado establecer una buena relación con la persona, sino que debe esperarse hasta cuando haya un razonable grado de certeza de que se trata de un paciente demasiado hablador. Los silencios deben permitirse cuando se presenten, ya que ayudan al entrevistado a pensar y ordenar sus ideas, como asimismo, permitir el llanto si se presenta durante la entrevista.

Pregunte primero lo que tenga menos probabilidades de provocar una actitud negativa en el entrevistado o su resistencia a contestar.

Uso del cuestionario de síntomas, instrumento básico para obtener información sobre el paciente

Propósitos del cuestionario estandarizado

1. El cuestionario persigue la finalidad de obtener las respuestas de máximo interés sobre síntomas específicos. Se debe crear una atmósfera de entendimiento poniendo cuidado en la entonación con que se hacen las preguntas, la selección y orden lógico de las palabras, y el estilo del lenguaje, demostrando una actitud amigable y sencilla. La mayoría de las preguntas permiten pasar de una a la siguiente de manera simple, por lo tanto, es fácil para el entrevistado anticipar la próxima pregunta debido a su lógica conexión de ideas. Cuando el cuestionario cambia de un tema a otro, se debe hacer alguna indicación de que el cambio va a ocurrir de tal forma que se pueda encaminar al entrevistado hacia un nuevo campo de discusión.

2. Otro de los objetivos que persigue el cuestionario estandarizado podría ser llevar a cabo estudios estadísticos. Por lo tanto, los datos deben obtenerse de manera uniforme en todas y cada una de las entrevistas. A todos los entrevistados debe hacerse las mismas preguntas tratando en lo posible de utilizar las mismas palabras.

La experiencia ha demostrado que las respuestas pueden variar según la forma en que se vocalice una pregunta; por ejemplo si una misma pregunta se vocaliza con entonaciones diferentes, cada variación producirá resultados sensiblemente distintos.

Las preguntas deben hacerse exactamente como están en el cuestionario

Cada pregunta ha sido sometida a ensayos cuidadosos para que expresen el significado preciso que se desea en la forma más sencilla posible. Como se van a hacer las mismas preguntas a todas las personas entrevistadas, el entrevistador no deberá alterarlas. Así se evita obtener

respuestas diferentes cuando en realidad deben ser semejantes. Al repetir las preguntas tal como están en el Manual se evita usar inadvertidamente palabras diferentes. Un cambio de palabras o frases puede fácilmente alterar la respuesta obtenida.

Las preguntas deben hacerse en el orden presentado en el cuestionario

El cuestionario tiene un orden que ha sido concebido para favorecer una atmósfera de conversación y para que las primeras preguntas no tengan un efecto perjudicial sobre las respuestas a las últimas preguntas. El orden de la pregunta deberá ser siempre el mismo para asegurar así su comparabilidad al usarse con distintas personas. Al usar el cuestionario de la manera indicada, la información que se obtenga será precisa, comparable y uniforme.

¿Cómo hacer las preguntas?

Es necesario insistir sobre la necesidad de realizar la entrevista en una atmósfera cordial y sencilla. El entrevistador debe evitar por todos los medios dar la impresión de que ninguna de sus palabras o modales implique crítica, aprobación o desaprobación de las preguntas hechas o de las respuestas que recibe. El interés y estímulo que se demuestren determinan la calidad de la entrevista; el tono de voz del entrevistador, su forma atenta de escuchar, su cordialidad y manera de hablar mantendrán y aumentarán la armonía que prevalezca durante la entrevista.

Repetir y aclarar las preguntas mal interpretadas

Las preguntas se han elaborado para ser entendidas correctamente por la mayoría de las personas entrevistadas. Ocasionalmente alguna persona puede no entender o interpretar equivocadamente lo que se le ha preguntado. Cuando esto sucede, la pregunta se debe repetir tal como está escrita. En este momento podría usarse un

dibujo que le dé al entrevistado una idea clara sobre la pregunta. Si el paciente no comprende la pregunta por segunda vez, ésta tendrá que explicarse nuevamente, dando la aclaración específicamente autorizada en las instrucciones; si a pesar de esto la pregunta sigue sin entenderse, debe anotarse este hecho en el formulario. Es preciso recordar que si cada entrevistador da las explicaciones que mejor le parezcan, es imposible pretender que las respuestas sean comparables. Al responder una pregunta, algunas veces la persona contestará otra que aparece después en el cuestionario. Cuando esto ocurra, al llegar a la pregunta que fue contestada parcialmente, el entrevistador reconocerá este hecho pero enfatizará la pregunta diciendo, "Usted ya mencionó esto, pero ..." o "ya hemos hablado de esto, pero permítame preguntarle ...".

Obtención de respuestas específicas y completas

Obtener una respuesta *concreta y completa* es la parte más difícil de la entrevista. Los pacientes con frecuencia califican sus opiniones o las dan en forma velada; contestan "No sé" por simple timidez o comodidad; pueden interpretar la pregunta a su manera; comienzan una discusión sobre otro punto; se contradicen, etc. La mejor prueba de la capacidad de un entrevistador es su habilidad de percibir cuando se obtuvieron respuestas incompletas o vagas. El entrevistador debe comprender cabalmente el objetivo global que persigue cada pregunta y conocer lo que se trata de medir con el fin de hacer las que sean necesarias.

El entrevistador deberá tener el hábito de pensar después de cada respuesta "¿Contesta en forma completa la pregunta que acabo de hacer?"

Cuando una respuesta es inadecuada, una simple repetición de la pregunta generalmente basta para obtener una respuesta satisfactoria. Esto sucede especialmente cuando el entrevistado ha comprendido erróneamente la pregunta, o cuando la ha respondido en forma incompleta. Si la respuesta es vaga, demasiado general o incom-

pleta, una forma eficaz de obtener una información más exacta es decir, ¡Qué interesante! ¿Puede usted explicar éso un poco más?” o “Vamos a ver, usted dijo que... ¿Cómo es que usted entiende eso?”

Debe insistirse en el cuidado que se debe tener de no sugerir una posible respuesta; a veces se encuentra que las preguntas son difíciles o los entrevistados no están muy interesados en contestarlas. Estas personas tienen la tendencia a aceptar fácilmente cualquier sugerencia del entrevistador que les permita salir del paso. El entrevistador tiene que conocer el error que se comete al hacer preguntas en una forma que sugiera fácilmente la respuesta, o al dar cualquier opinión o hacer cualquier comentario que sugiera al entrevistado lo que debe contestar. Para obrar con seguridad, el entrevistador deberá siempre contentarse con la simple repetición de toda la pregunta o de parte de ella, o con frases o gestos totalmente neutrales.

La respuesta “no sé” es otro problema para el entrevistador. A veces esa respuesta representa una verdadera falta de opinión al respecto; otras veces puede significar otras actitudes: temor de hablar francamente, resistencia de expresarse sobre un asunto, opiniones vagas que no han sido expresadas aún; búsqueda de tiempo mientras se organizan las ideas, falta de comprensión de la pregunta, etc. Es tarea del entrevistador interpretar el verdadero sentido de las respuestas “No sé”, para repetir la pregunta en los casos necesarios. Podría decirse, “Tal vez no fui lo suficientemente claro; déjeme leerle la pregunta nuevamente”, o bien “Muchas personas jamás han pensado sobre este asunto antes, pero me gustaría saber lo que usted opina, lo que a usted le parece”. O también decir, “Sólo quiero su opinión sobre esto”. En realidad, muchas de estas preguntas tienen más de una respuesta.

Intereses del entrevistado

El entrevistador debe tratar de poner toda su atención en el entrevistado y no en el cuestionario y tratar de captar el interés de aquél respecto del proceso que se lleva a cabo. Cada pregunta debe ser contestada por la persona y, en caso contrario, debe darse alguna explicación sobre la causa por la cual no fue contestada. Puede ocurrir a veces que bien sea intencionalmente, o por error, el entrevistador deje de hacer alguna pregunta, por lo tanto asegúrese de que cada pregunta sin contestar tenga alguna justificación.

Durante la entrevista es importante recordar que el entrevistador desempeña dos papeles fundamentales en ella: el de un técnico que emplea métodos iguales y el mismo instrumento para cada entrevista; y lo que es más importante aún, el de un ser humano que crea una relación amistosa y cordial con cada persona que entrevista.

Anotación y redacción de la entrevista

El éxito de la entrevista sólo será completo si los datos se obtienen en la forma adecuada y se consignan con fidelidad. Para esto es necesario que los entrevistadores anoten correctamente las respuestas en el espacio provisto en el cuestionario para cada una de ellas. Cada punto del cuestionario contiene la pregunta original propiamente dicha, las preguntas aclaratorias que hace el entrevistador y los comentarios y respuestas del entrevistado (que se anotarán en un papel y se adjuntarán al cuestionario).

Una buena entrevista debe reflejar por escrito un cuadro exacto de lo que dijo el entrevistado. La experiencia ha demostrado que la forma más precisa para reproducir fielmente las respuestas es anotarlas inmediatamente durante la entrevista. Cuando es necesario anotar los comentarios hechos por el entrevistado, se debe hacer uso de las mismas palabras utilizadas por éste.

Cuestionario ilustrado de síntomas*

Antecedentes

Dentro de los programas que tienen por objeto promover la extensión de los servicios de salud mental, es indispensable elaborar un método que permita la identificación fácil y certera de casos con alto riesgo de sufrir enfermedad mental. Esta labor requiere el uso de instrumentos confiables. El Cuestionario de Síntomas que aparece en el Apéndice III, ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental.

En esta sección se presenta una versión modificada del Cuestionario de Síntomas para su uso clínico: cada síntoma está representado por un dibujo a fin de clarificar dudas sobre puntos específicos. La explicación que acompaña a cada dibujo debe reforzar esa aclaración. Las últimas cinco preguntas sobre alcoholismo fueron añadidas al cuestionario original para obtener información sobre este trastorno.

Aplicación

Este cuestionario tiene, entre otras, las ventajas de su fácil aplicabilidad; su capacidad para

facilitar la identificación de la enfermedad mental; su simplicidad y brevedad, pues su aplicación no toma más de 15 minutos, y la sencillez del adiestramiento que requiere la persona que lo va a administrar.

Esta parte del Manual deberá servir para ayudar al manejo del cuestionario en la identificación de pacientes que necesiten tratamiento para un trastorno mental y que pueden ser asistidos dentro del sistema de salud general, ya sea centro sanitario, puesto de salud, dispensario o aun a nivel de la comunidad. Al mismo tiempo, esta parte del Manual ayudará a identificar aquellos casos que por no revelar trastorno mental alguno pueden ser atendidos en la consulta general.

Dentro de esta sección se discutirán aspectos generales, objetivos adicionales y se describirá el cuestionario con sus diferentes preguntas. Los dibujos correspondientes a cada pregunta deben servir para clarificar las dudas que puedan tener los pacientes y así facilitar el proceso de realización de la entrevista. Asimismo, se darán instrucciones precisas sobre la manera de aplicarlo y pautas para determinar las puntuaciones.

*Preparado en colaboración con Lida Victoria de Aragón.

Descripción del cuestionario y su uso*

Fecha. Anote el día, mes y año en que lleva a cabo la entrevista.

Zona del estudio. Anote el nombre de la ciudad, pueblo o vereda donde realiza la entrevista.

Entrevista No. Deje el espacio en blanco.

Institución. Indique el nombre del centro o institución de salud de que usted depende.

Nombre del paciente. Anote el nombre(s) y apellido(s) completo(s) del paciente.

Edad. Indique la edad del paciente en años cumplidos.

Sexo. Marque con una X la M (masculino) cuando el paciente sea hombre y la F (femenino) cuando sea una mujer.

Razón de la consulta. Una de las formas en que se puede obtener esta respuesta es haciendo algunas preguntas. Por ejemplo:

¿Por qué ha venido al centro de salud?

¿Qué le ha sucedido que vino a la consulta?

¿Vino porque alguien lo mandó o por cuenta propia?

La respuesta que el paciente o familiar provea se escribe entre comillas, pues son palabras textuales y así deben aparecer.

Si el paciente contesta: "Tengo una punzada en la cabeza", se anotará esto como causa de la consulta. Usted tratará de hacer una serie de preguntas para obtener otros datos adicionales importantes a fin de conocer mejor el problema o la razón por la cual el paciente viene a consultar. Estas preguntas pueden ser:

1. Señale dónde es que siente la punzada.
2. ¿Cuándo le comenzó?
3. ¿Cada cuánto la siente?
4. ¿Qué ha hecho para calmar este dolor?
5. Si ha recibido alguna medicina, pregunte: "¿Quién la formuló?"

*En el Apéndice I aparece una muestra del cuestionario original de la OMS.

6. ¿Cómo se sintió después de tomar la medicina?
7. ¿Ha sufrido antes de este problema?
8. ¿Qué piensa usted que puede ser esto?

Estas otras preguntas que usted puede idear a medida que el paciente vaya respondiendo, serán de mucha importancia para obtener una información completa sobre el problema por el cual el paciente consulta.

Otro ejemplo puede ser que el paciente diga: "Estoy viendo cosas raras". Usted puede hacer preguntas como las siguientes:

1. ¿Desde cuándo las está viendo?
2. ¿Qué es lo que usted ve?
3. Las otras personas que están con usted ¿han visto estas cosas también?
4. ¿Qué hacen ellos cuando usted dice que está viendo esas cosas raras?
5. ¿Le ha sucedido esto mismo en otras ocasiones? es decir, ¿ha visto cosas raras?
6. ¿Ha consultado a alguien por esto?
7. ¿A quién consultó?
8. ¿Si le han indicado alguna medicina, pregunte: ¿Recuerda el nombre de la medicina que le formularon?
9. Si ha sido hospitalizado, pregunte: ¿Dónde estuvo hospitalizado?
10. ¿Cómo se sintió usted después de tomar o recibir el tratamiento?

Recomendaciones para hacer las preguntas del cuestionario

Antes de aplicar el cuestionario, usted debe explicarle al paciente (informante o familiar en aquellos casos en que el paciente no quiera dar las respuestas o no pueda hacerlo por sí mismo), que le hará algunas preguntas referentes a ciertos síntomas o molestias que el paciente puede haber sentido o sufrido durante los últimos 30 días. Esto es muy importante aclararlo ya que no se requieren datos sobre hechos ocurridos hace meses o años.

Si al hacer una pregunta el paciente contesta que "Sí" ha tenido o sentido algo, pregúntele: "¿Cuándo lo sintió y por cuántos días?"

Para los casos en que usted dude si una respuesta es afirmativa o negativa, anote exactamente lo que dice el paciente *entre comillas*, pues esto será de gran ayuda para la supervisión y facilitará calificar la respuesta de manera más segura, ya que en algunos casos no será fácil marcar algunas respuestas "Sí" o "No".

Al aplicar el cuestionario usted debe estar seguro de la forma en que se hacen las preguntas: debe hablar en tono amable para que el paciente no se sienta temeroso o con dudas de dar respuestas. También es muy importante que usted aclare al paciente que estas preguntas se hacen con el fin de conocer mejor su problema o causa de consulta y se necesita que las responda con precisión, contestando solamente "Sí" a aquellas preguntas que se refieren a síntomas que en realidad viene sufriendo.

Si el paciente no entiende una pregunta y le pide a usted repetirla, es muy importante hacerlo para que pueda comprender perfectamente qué es lo que se le está preguntando.

En la página 2 del cuestionario que aparece en el Apéndice III usted encontrará una lista de preguntas; el paciente contestará "Sí" o "No", así que usted marcará con una X o encerrando en un círculo la palabra "Sí" o "No", según el caso.

Deje en blanco los cuadros que aparecen frente a estas palabras, porque se trata de espacios que podrían ser útiles para una posible codificación estadística posterior.

Descripción de cada pregunta

En el cuestionario que aparece en esta Sección se presentan las preguntas, que son las mismas del cuestionario, pero acompañadas de uno o varios dibujos al pie de los cuales se lee una explicación. Las primeras 18 preguntas corresponden a aquellos síntomas que implican una gravedad menor (los que son frecuentes en los trastornos depresivos y de angustia); cuando las preguntas 19 a 28 se contestan afirmativamente

probablemente indican la existencia de un trastorno mental muy importante (psicosis) o alcoholismo.

La pregunta 23 indaga sobre la existencia de un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 a 28 se refieren a los hábitos de beber alcohol. Al final del Apéndice III se dan instrucciones sobre la forma de calificar este cuestionario (véase la determinación de la puntuación en la página siguiente).

El cuestionario se aplica leyendo cada una de las preguntas valiéndose de las explicaciones que aparecen al pie de los dibujos, las cuales se deben estudiar con anterioridad a la entrevista.

Cuando el paciente tenga dificultad para comprender la pregunta, o se sospeche que no la ha comprendido, se le pueden mostrar los dibujos. Por ejemplo, algunas veces la pregunta sobre depresión o tristeza se confunde con la pregunta sobre nerviosismo, tensión o angustia; la presentación de los gráficos correspondientes pueden ayudar a establecer la diferencia entre estas dos condiciones.

En el Apéndice III se encuentran unas preguntas que hacen referencia a un paciente que *no respondió* al cuestionario. En este caso hay que dar la razón por la cual no lo hizo (marcar solamente una razón):

1. El paciente no quiso cooperar o no colaboró en la entrevista.
- 2.* El paciente no entendió las preguntas o fue muy difícil que las contestara porque no las entendió.
- 3.* El paciente no podía hablar claramente o le fue muy difícil entender lo que se le decía.
- 4.* Otra razón (especifíquela).

En el espacio que sigue se deben anotar las razones que el entrevistador considere de importancia.

Si se indica que una de las afirmaciones marcadas con asterisco describe el caso de que se trata, *es necesario concertar una entrevista de seguimiento, para lo cual debe completarse lo siguiente:*

18 *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*

Fecha. Anote el día, mes y año en el cual el entrevistador verá de nuevo al paciente.

Lugar. El lugar donde se hará el seguimiento.

Tiempo. Indique la hora en que el entrevistador verá al paciente.

Entrevistador. Quien hace la entrevista debe anotar su nombre para que quede constancia de quién será la persona que hará el seguimiento del paciente.

Dirección del paciente. Hay que pedir al paciente o a su acompañante que de la dirección correcta de su residencia.

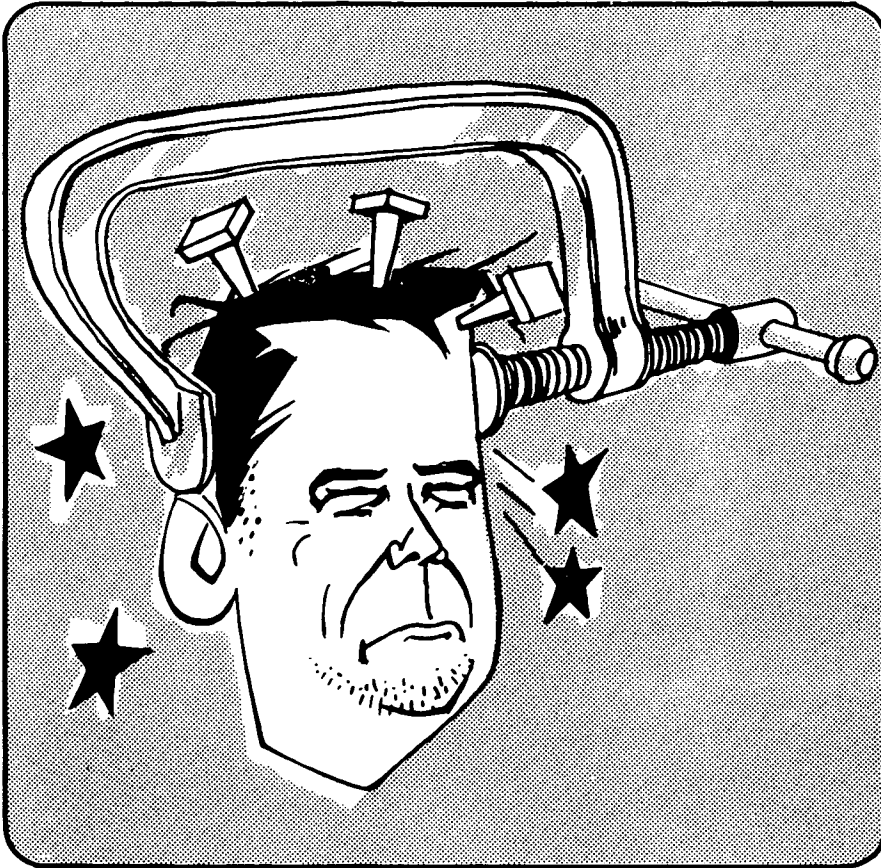
Determinación de la puntuación

La puntuación se obtiene sumando el número de respuestas positivas.

El cuestionario tiene varias partes: las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso". Las preguntas 24 a 28 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina también un "caso". La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

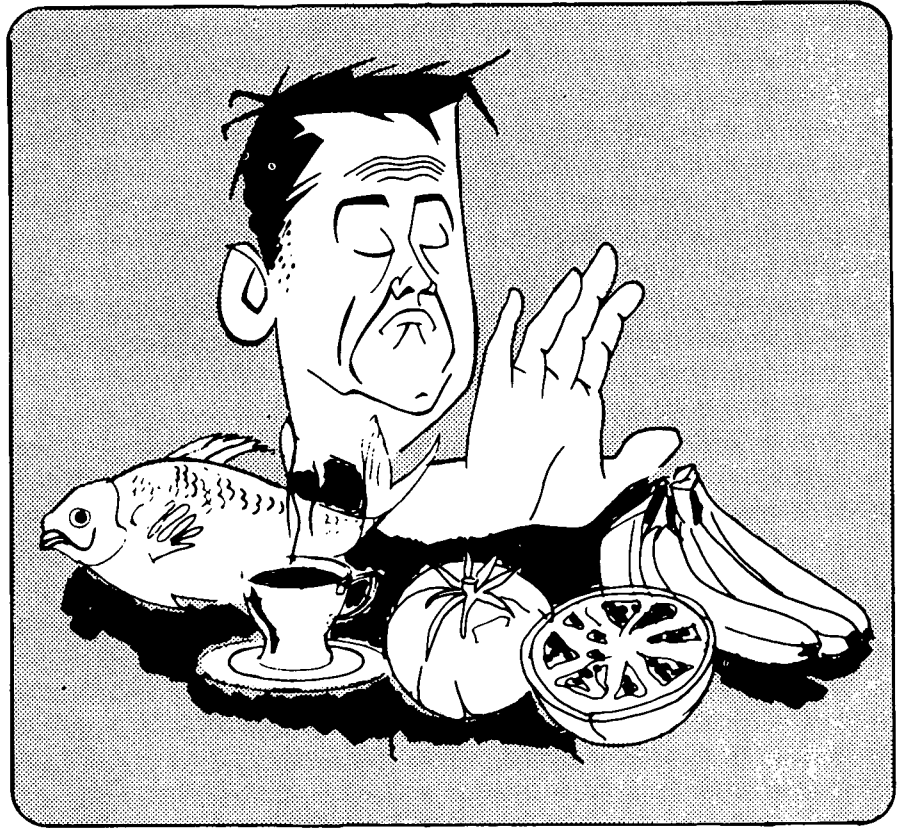
Cuestionario ilustrado



1

¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?

Usted marcará "Sf" si el entrevistado o informante dice que en los últimos 30 días viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza dos o más veces por semana. Es necesario insistir en que se trata de dolores que se presentan frecuentemente. Si el entrevistado dice que de vez en cuando le dan, o cuando tiene gripe, o alguna otra respuesta parecida, no tome esto como positivo.



2

¿Tiene mal apetito?

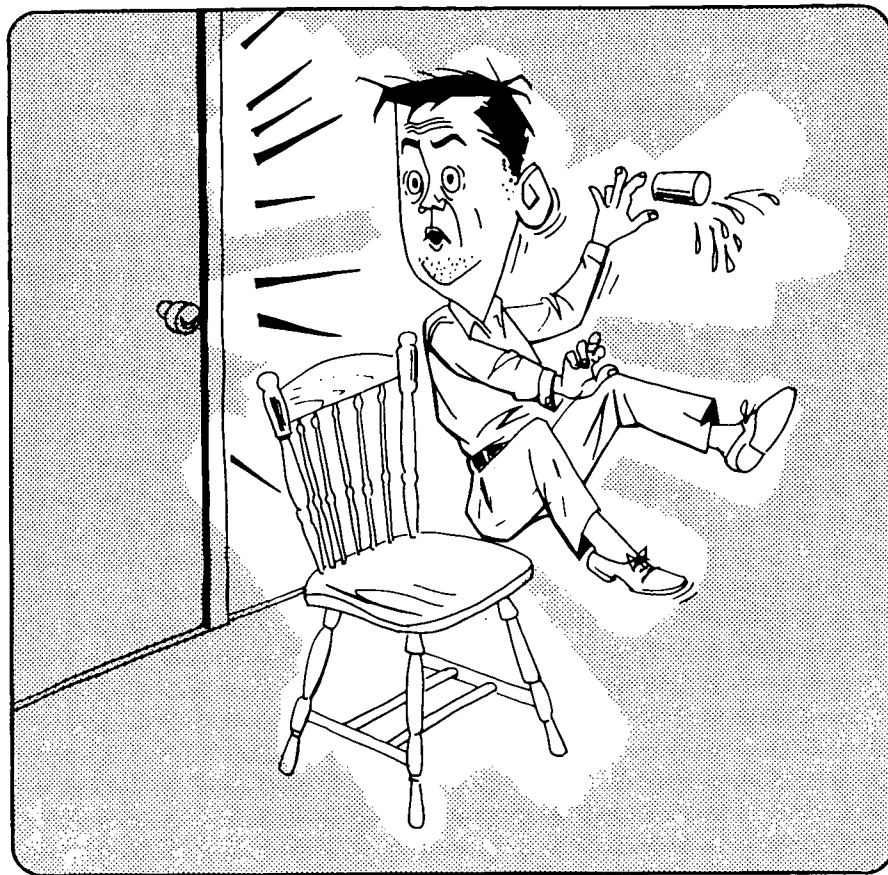
Usted marcará "Sí" si el entrevistado o informante dice que en los últimos 30 días no ha tenido apetito, come muy poco, o no siente deseos de comer. Si es el caso contrario, marque "No".



3

¿Duerme mal?

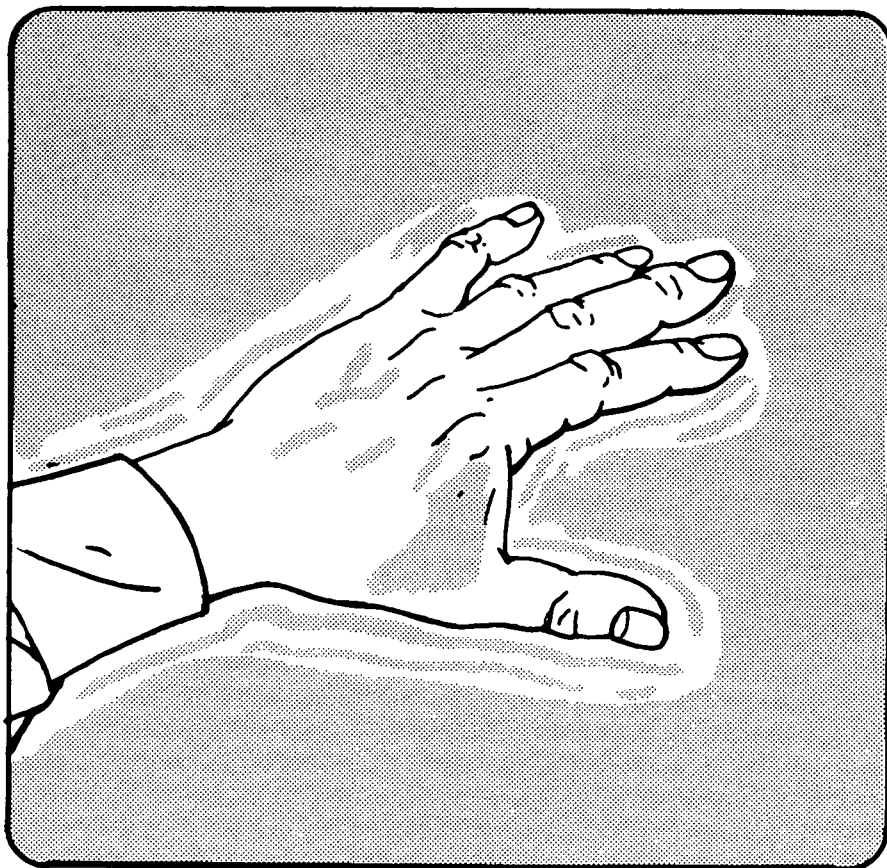
¿Usted deberá ampliar la pregunta indagando si el entrevistado demora dos o más horas en quedarse dormido por las noches; si se despierta en la mañana dos o más horas antes de lo acostumbrado; o si su sueño es interrumpido por frecuentes sobresaltos.



4

¿Se asusta con facilidad?

Usted marcará “Sf” cuando el entrevistado o informante conteste que todo lo asusta fácilmente; es decir, un comportamiento que llama la atención de los demás. A veces el paciente mismo puede decir: “Ando como sobresaltado”.



5

¿Sufre de temblor de manos?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado conteste que se siente tembloroso o que le tiemblan las manos. Pídale al paciente que le muestre cómo le tiemblan las manos.



6

¿Se siente nervioso, tenso?

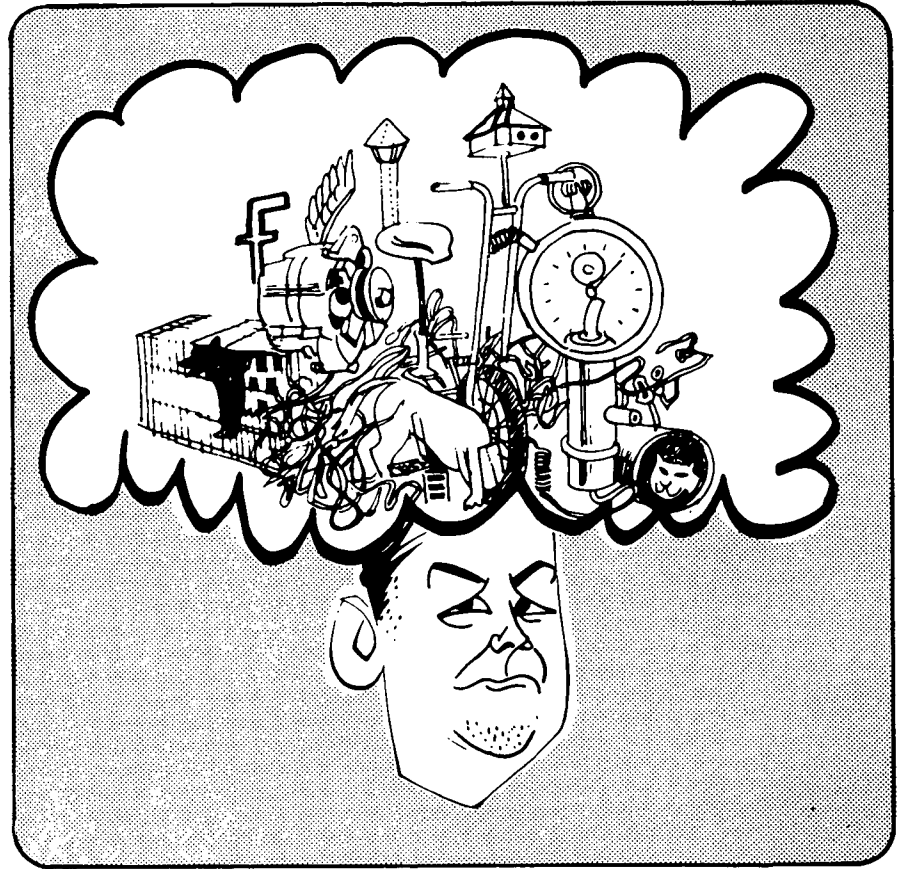
Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante conteste que durante los últimos 30 días se ha sentido bastante nervioso, tenso. Puede que solamente haya tenido uno, dos de esos síntomas. Usted subrayará el síntoma o síntomas que haya indicado el paciente y marcará "Si" en esta pregunta.



7

¿Sufre de mala digestión?

Usted marcará "SI" cuando el entrevistado o informante responda que durante los últimos 30 días todo lo que come le cae mal al estómago. Si el entrevistado responde que solo siente esto en determinadas ocasiones o con ciertos alimentos, no debe considerarse como respuesta positiva.



8

¿Es incapaz de pensar con claridad?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante conteste que durante los últimos 30 días siente que no puede pensar con claridad, o bien, que le cuesta pensar a tal punto que no puede realizar sus labores del día.



9

¿Se siente triste?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante responda que en los últimos 30 días se ha sentido triste. Este es su síntoma bastante claro y la persona puede expresar fácilmente que "se ha sentido triste." Como en todos los anteriores síntomas, ésto debe ser algo que ocurra en forma más o menos constante.



10

¿Llora usted con mucha frecuencia?

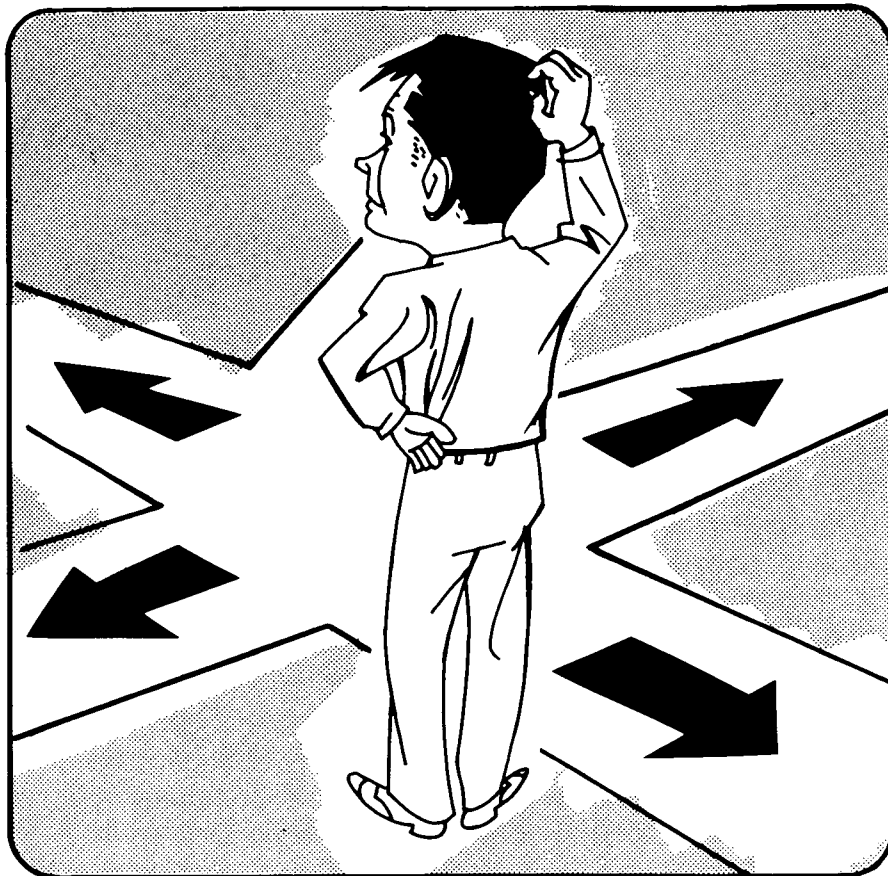
Usted marcará "Sf" cuando el entrevistado responda que durante los últimos 30 días "llora por cualquier cosa", es decir, con una frecuencia que no es usual, de una manera que no se presenta normalmente en las personas. Si el paciente dice que ha llorado por una causa razonable, por ejemplo la muerte de un ser querido, usted anotará esto al lado de la pregunta.



11

¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado responda que las actividades del día le causan problemas o sufrimientos. También usted puede preguntarle si está contento con lo que hace diariamente, a lo que él responderá si o no. Al hacer esta pregunta trate de obtener una respuesta correcta; usted repetirá la pregunta junto con las aclaraciones que le siguen.



12

¿Tiene dificultad para tomar decisiones?

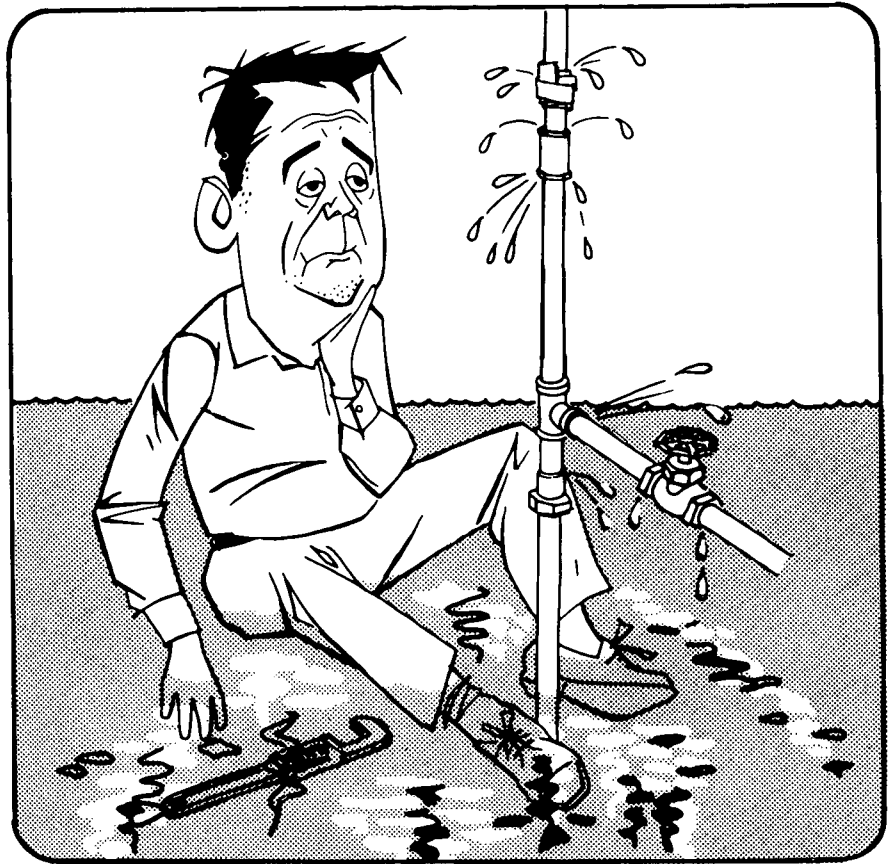
Usted marcará "Sí" cuando el paciente vacila en el momento de tomar decisiones, aun en el caso de situaciones sin mayor importancia, sin ser capaz de llegar a una determinación final.



13

¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Sufre usted con su trabajo?

Usted también podrá preguntarle: ¿Su trabajo se ha visto afectado? Es decir le cuesta mucho hacerlo? Esta pregunta sirve tanto para las personas que tienen un trabajo y que ganan un sueldo, como para las mujeres que permanecen en casa haciendo los quehaceres domésticos. Es importante aclarar esta pregunta, porque no se trata, por ejemplo, de la dificultad que puede tener una persona en conseguir trabajo.



14

¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?

Puede también preguntarle: ¿Siente usted que son inútiles todos sus esfuerzos por conseguir algo en su vida?



15

¿Ha perdido interés en las cosas?

Es decir, ¿siente usted que ya nada le llama la atención, que ha perdido el gusto de las cosas, o sea que en estos últimos 30 días ha perdido totalmente el interés por las cosas que antes le llamaban la atención?



16

¿Se siente aburrido?

Nada le motiva, ni le interesa; ¿todo le da pereza?



17

¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

Si el entrevistado responde "Sí", pregúntele si estas ideas o pensamientos son frecuentes. ¿Cuándo tiene estas ideas? ¿Cómo ha pensado hacerlo? ¿Por qué ha pensado hacer esto? Las respuestas a estas preguntas pueden dar una idea de si en realidad la persona ha tenido o tiene estas ideas. En algunas ocasiones las personas pueden sentirse molestas porque se les hace esta pregunta, por lo tanto es importante que usted lo haga en un tono natural, sin hacer énfasis en ninguna palabra.



18

¿Se siente cansado todo el tiempo?

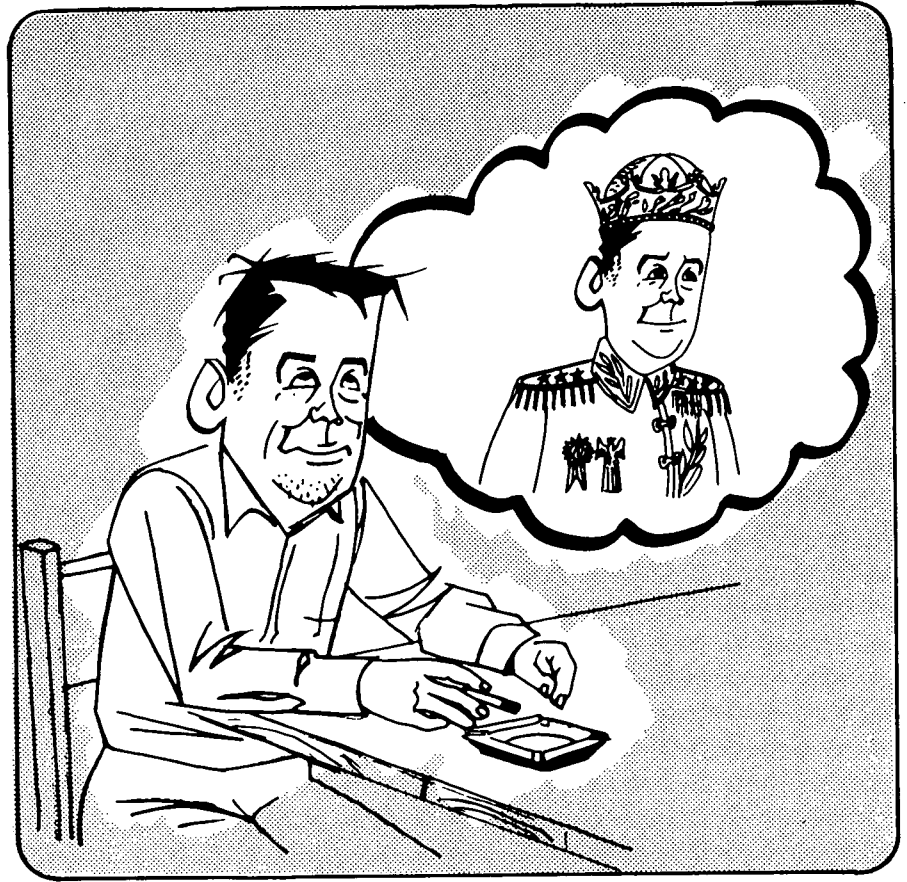
¿Se ha sentido muy cansado, fatigado o sin fuerzas, sin que haya una causa para ello? Si el entrevistado responde que se cansa “cuando corre”, o “cuando sube las gradas”, esto no debe considerarse como respuesta positiva.



19

¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?

Es decir, ¿siente que alguien lo persigue para hacerle daño o causarle algún perjuicio y esto lo mantiene a usted muy preocupado? Se refiere a algo que la persona "siente", no a hechos ocurridos en la realidad. Esta pregunta presenta cierta dificultad y es necesario tener especial cuidado en hacerla pues existe la posibilidad de considerar la respuesta como positiva cuando en verdad se trata de una situación real, por ejemplo, cuando alguien realmente ha tratado de herir al paciente.



20

¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?

Es decir, ¿es usted un gran personaje, que tiene poderes especiales, que tiene mucho dinero, que ha hecho grandes inventos?



21

¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?

Es decir, ¿siente usted que le están controlando la mente, recibe órdenes telepáticas o por radio o televisión, u órdenes de otros planetas o de personas?

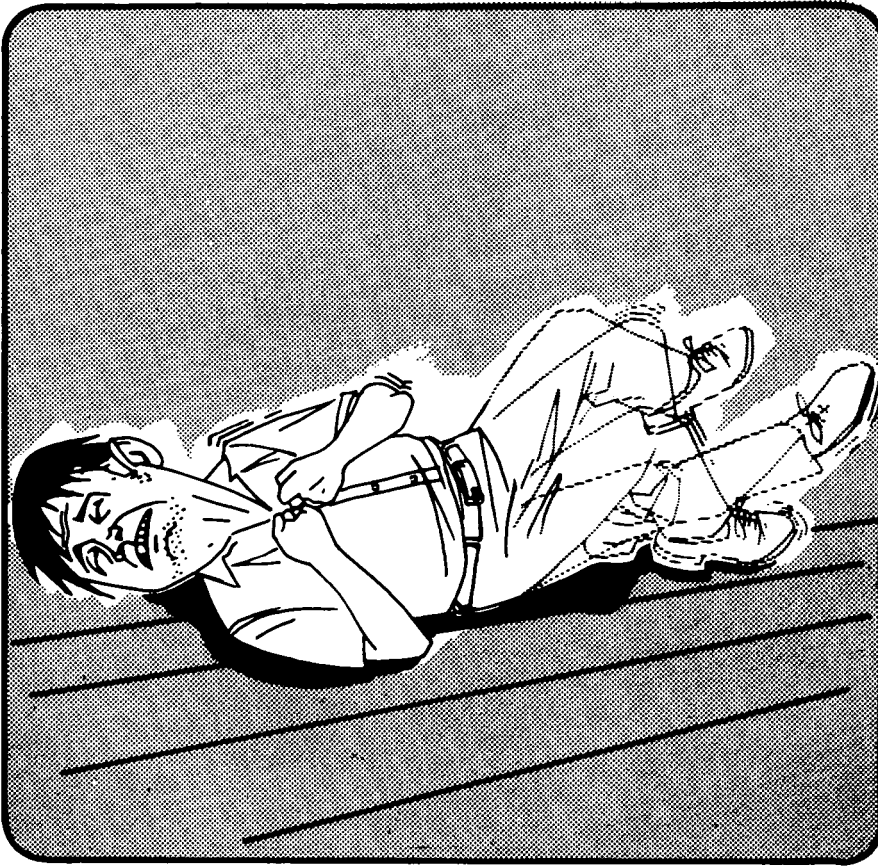


22

¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?

Una respuesta positiva debe indagarse a través de preguntas adicionales para cerciorarse de la presencia o ausencia del síntoma. Por ejemplo: “Esas voces, ¿Las oye claramente? ¿Las reconoce? ¿Son voces de hombre o de mujer? ¿Qué le dicen? ¿Son agradables o desagradables? ¿Las voces lo sorprenden o lo asustan? ¿Oye las voces cuando está dormido o despierto?

Si la persona oye las voces cuando está durmiendo se marca “No”; si las voces consisten simplemente en escuchar su nombre en forma ocasional, aun cuando no haya nadie alrededor, esto se marcará como “No”. Todas las demás situaciones se marcarán “Sí”.



23

¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?

Aquí se pide que el paciente haya presentado todos estos síntomas para considerar la respuesta como positiva.



24

¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?



25

¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?



26

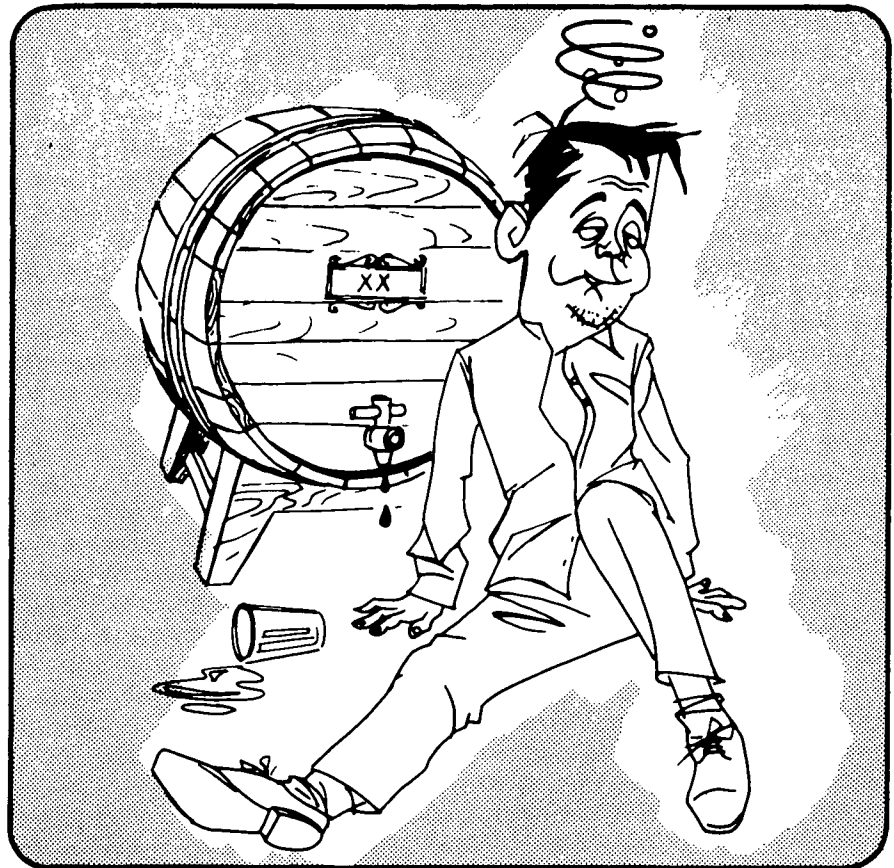
¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?

Se considerará la respuesta positiva cuando el entrevistado manifieste que ha sido amonestado varias veces, suspendido o retirado del trabajo o sitio de estudios por razón de su comportamiento, falta de asistencia o bajo rendimiento ocasionados por la bebida.



27

¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?



28

¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

¿Se embriaga usted una o más veces a la semana, o toma más de tres cervezas diarias, o más de un litro de vino, o más de tres tragos de licor fuerte al día?

Flujograma maestro

Una vez que se ha aplicado el cuestionario y según el total de respuestas positivas obtenidas debe poderse determinar si la persona tiene una alta probabilidad de sufrir una enfermedad mental (ver flujograma a continuación). En otras palabras, se podrá definir si es un “caso” o no.

Se considerará como “caso” toda persona que tenga 9 o más respuestas marcadas positivamente en las primeras 18 preguntas; o una o más respuestas positivas en el grupo de preguntas del 19 al 28.

La capacidad para indentificar “casos” mediante la aplicación del cuestionario está perfectamente validada; en cambio la capacidad para discriminar los síndromes específicos (p. ej.: depresión, angustia, psicosis, epilepsia, o alcoholismo) constituye una hipótesis aún por corroborar. Sin embargo, la práctica clínica ha demostrado que esta

podría ser una adecuada aproximación diagnóstica y permite sugerir su uso en la forma presente.

En otras oportunidades el paciente presenta síntomas variados, lo que sugiere que existen problemas de diferentes aspectos, o que el caso presenta una dificultad mayor que la que podría manejarse con los datos que contiene este Manual. Esto debe sugerir al entrevistador que debe hacer una revisión de los diversos síndromes descritos o realizar una consulta con el supervisor. En esos casos se recomienda obtener algunos datos sobre la historia del paciente (ver datos de historia, Apéndice V) para presentarlos oportunamente al supervisor. El simple hecho de obtener esta información puede constituir una intervención terapéutica útil para el paciente, pues esto significa que se le está prestando atención a sus problemas.

Flujograma Maestro

Si al aplicar el cuestionario hay nueve (9) o más respuestas positivas en las primeras 18; o una (1) o más en las preguntas 19 a 28 se trata de un "caso" (alguien con alto riesgo de sufrir un trastorno mental)

NO "CASO" — DAR DE ALTA

Para determinar el síndrome al que podría corresponder, se verifica si las respuestas positivas caen dentro de uno de los siguientes grupos:

REVISAR DEPRESION



2 ¿Tiene mal apetito?



3 ¿Duerme mal?



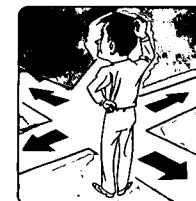
9 ¿Se siente triste?



10 ¿Llora usted con mucha frecuencia?



11 ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?



12 ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?



13 ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Le cuesta hacerlo?



14 ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?



15 ¿Ha perdido interés en las cosas?



16 ¿Se siente aburrido?



17 ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?



18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?

REVISAR SINDROME CONVULSIVO EPILEPSIA



23 ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?

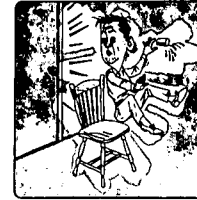
REVISAR ANGSTIA



1 ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?



3 ¿Duerme mal?



4 ¿Se asusta con facilidad?



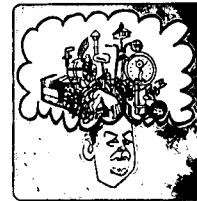
5 ¿Sufre de temblor de manos?



6 ¿Se siente nervioso o tenso?



7 ¿Sufre de mala digestión?



8 ¿Es incapaz de pensar con claridad?



18. ¿Se cansa con facilidad?

REVISAR PSICOSIS



19 ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?



20 ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?



21 ¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?



22 ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?

PRESENTAR AL SUPERVISOR

Otros síntomas o síntomas variados

REVISAR ALCOHOLISMO



24 ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?



25 ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?



26 ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?



27 ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?



28 ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

Los síndromes psiquiátricos más frecuentes en adultos

DEPRESIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales que se observa con mayor frecuencia en los servicios primarios de salud; sin embargo muy a menudo no se la reconoce y los pacientes sólo reciben tratamiento para sus dolencias físicas pasándose por alto la depresión. Esta falla en su detección lleva a un sufrimiento humano muy grande que podría aliviarse considerablemente si se realizara una identificación temprana y precisa de este problema.

El paciente que sufre de depresión es identificado como un "caso" a través del Cuestionario cuando aparecen marcadas afirmativamente entre otras las preguntas sobre tristeza, dificultades en el sueño, cansancio, dificultades para disfrutar de las cosas y problemas en el trabajo.

¿Qué otros síntomas deben buscarse cuando se sospecha una depresión?

Además de la tristeza sin razón aparente, de una gran pesadumbre o decaimiento físico y emocional, o de incapacidad para disfrutar de las cosas de las que antes se disfrutaba, se deben investigar otros síntomas tales como pérdida del apetito y de peso, dificultad para dormir, cansan-

cio físico, disminución en el interés sexual, dificultad en la concentración mental, ideas de muerte, e ideas o intentos de suicidio.

Existe una mayor probabilidad de que un paciente sufra depresión si además de tristeza y decaimiento, existen dos o más de estos síntomas. (Esta es la forma no psicótica de la depresión; significa que el paciente está deprimido pero no tiene síntomas que indiquen una psicosis. Ver lo que se explica más adelante).

Esta evidencia debe presentarse al supervisor conjuntamente con un resumen de la historia clínica.

En algunos casos, es posible que además de los síntomas descritos el paciente presente otros tales como un profundo abatimiento con gran retardo en la actividad motora y/o delirios que pueden ser de varios tipos, por ejemplo: culpa, en los cuales el paciente cree haber realizado actos que merecen castigo o haber cometido graves pecados; hipocondríacos; cuando cree estar sufriendo de alguna enfermedad incurable; que su cuerpo está podrido; pobreza, piensa que se ha quedado en la ruina; o de cualquier otro tipo. También puede presentar alucinaciones, generalmente auditivas (cuando el paciente oye voces que otras personas no pueden oír). En esta condición, que se conoce como una depresión psicótica, el riesgo de suicidio es muy alto y se debe tener presente para tomar las medi-

das preventivas que sean necesarias; estos pacientes deben ser enviados de inmediato, si es posible, a un médico u hospital psiquiátrico. (Véase la parte sobre suicidio).

Manejo de la depresión no psicótica:

Responsabilidad del TAP

Se deben tener presentes los siguientes principios:

1. Explicar a la familia o los acompañantes que se trata de una enfermedad que el paciente no puede controlar voluntariamente y que no se trata de algo que el paciente inventa o finge.

2. Tener una actitud de apoyo hacia el paciente; especialmente dejar que se exprese libremente, sin interrumpirlo ni censurarlo.

3. Obtener una historia completa y realizar el examen psiquiátrico, especialmente tratando de indagar sobre la existencia de ideas de suicidio o historia de suicidas. Debe recordarse que es en estos pacientes en quienes la actitud de apoyo es más importante, pues mediante ella se trata de evitar actos suicidas. Deben retirarse todos los instrumentos que pueda utilizar el paciente para hacerse daño sin provocar su desconfianza ni indisponerse con él. (Para más detalles, véase el síndrome suicida).

4. En el caso de un paciente con tendencias suicidas o de una depresión psicótica y mientras se realiza el traslado al servicio médico, se deben dar instrucciones precisas a la familia sobre los cuidados que debe dar a estos pacientes para reducir el riesgo de un suicidio o de un intento suicida; se debe señalar la necesidad de turnarse para vigilar al paciente en su casa, etc. Estos pacientes requieren una supervisión médica muy cuidadosa durante su tratamiento.

Responsabilidad del médico

El médico seguirá las pautas prescritas para

el TAP y además indicará medicamentos si el caso lo justifica. Las drogas más comúnmente formuladas por el médico en estos casos, su uso, sus efectos secundarios y sus contraindicaciones se explican a continuación. Generalmente se recetan antidepresivos (por ej.: Amitriptilina [Triptanol ®]; o Imipramina [Tofranil ®]). Las dosis generalmente formuladas son entre 50 y 150 mg al día. Los primeros efectos que se esperan de estas drogas son la mejoría en el sueño y el apetito. Mas tarde se observa el alivio de otras síntomas propios de la depresión.

Los efectos secundarios más frecuentes de todas estas drogas son: sequedad en la boca, constipación, sudoración, mareo, palpitaciones, baja en la presión arterial y dificultad para orinar.

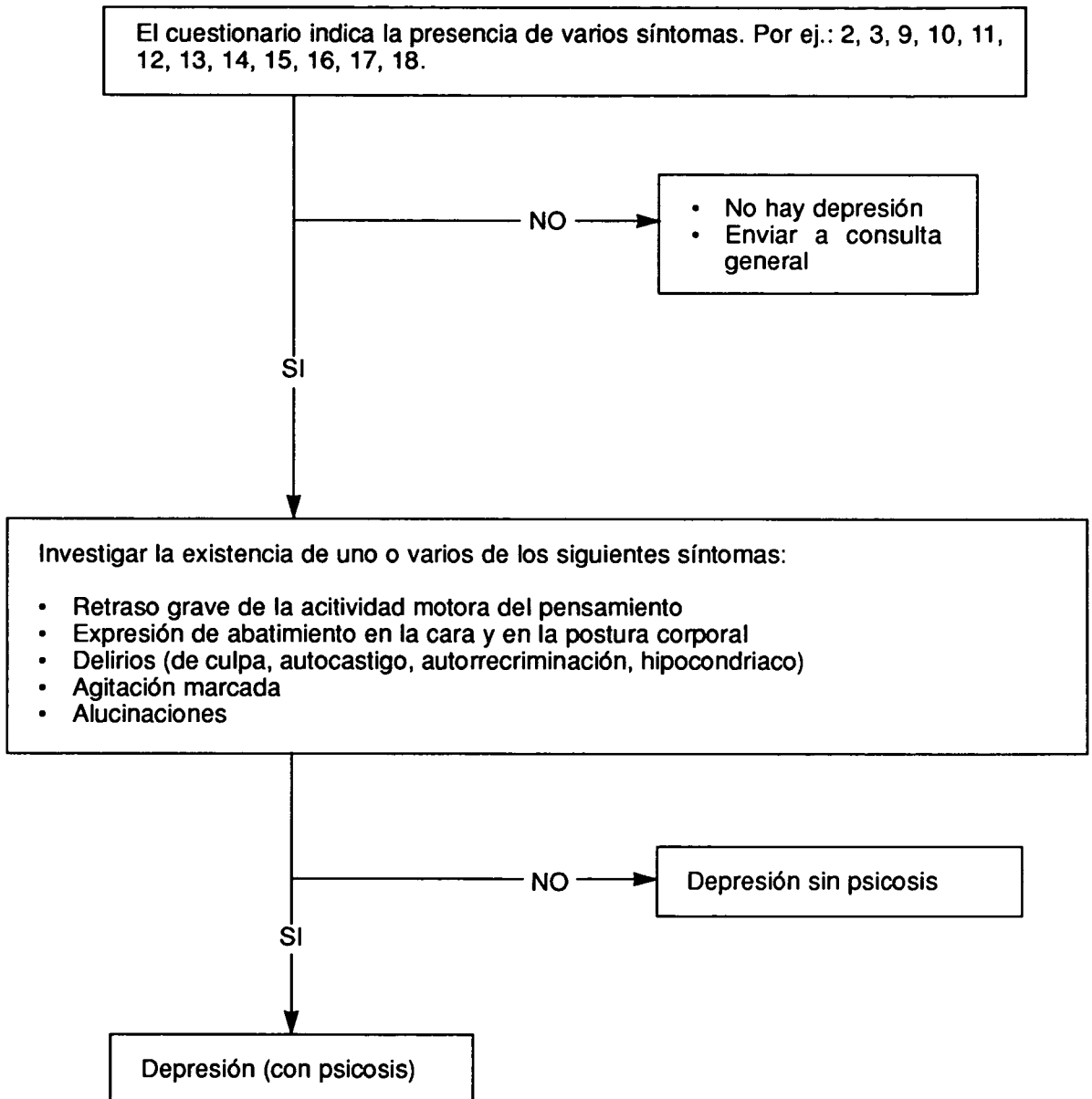
Si estos síntomas son tan graves que llegan a impedir el funcionamiento diario del paciente, o si el paciente se queja de grandes molestias, se debe considerar la suspensión de la droga, lo cual debe hacerse gradualmente (por ej., reducir una tableta por día). Estos fármacos no deben prescribirse para enfermos de corazón, ni para pacientes con hipertensión, hiperplasia prostática, o glaucoma (aumento de la presión del ojo caracterizado por un episodio de dolor y enrojecimiento de los ojos acompañado de visión borrosa). En caso de que se produjera esta situación durante el curso del tratamiento, debe suspenderse la droga y referir el caso al servicio médico.

Finalmente se deben dar las explicaciones necesarias respecto del buen pronóstico de la enfermedad si se siguen las indicaciones prescritas.

Se debe promover una actividad que mantenga ocupado al paciente, que lo motive y lo interese y sobre todo que le ofrezca una alternativa constructiva en su vida, como asimismo, hacer énfasis en los aspectos positivos de la vida del paciente, que lo hacen merecedor del afecto y respeto de los demás.

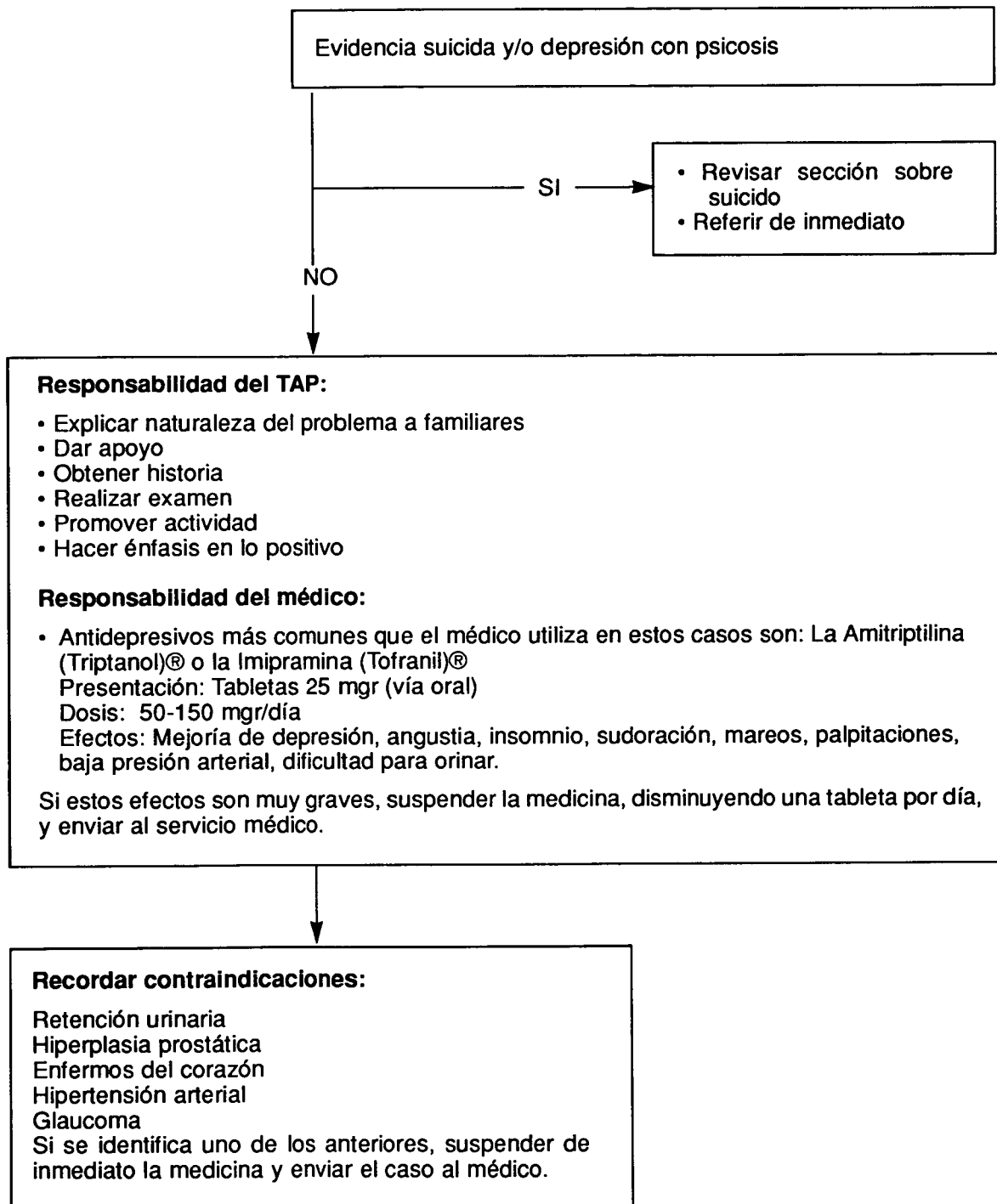
DEPRESION

Aplique el cuestionario para identificar el problema



SINDROME DEPRESIVO

Manejo



Evaluación de conocimientos sobre el síndrome depresivo

1. ¿Por qué los trastornos depresivos pueden pasar inadvertidos a nivel de los servicios primarios de salud y qué consecuencias puede acarrear esto?
2. Nombre las dos formas en que se presenta la depresión.
3. Describa los síntomas de la depresión sin psicosis.
4. ¿Qué se necesita para realizar la identificación de la depresión sin psicosis?
5. ¿Qué caracteriza a la depresión psicótica?
6. Haga una lista y describa cuatro tipos de delirios que pueden ocurrir en la depresión psicótica.
7. Si un paciente que sufre de una depresión psicótica oye voces, ¿cuál es el riesgo más importante que se debe tener en cuenta?
8. Haga una lista de las responsabilidades que tiene el personal auxiliar en el manejo de un paciente que sufre depresión en cualquiera de sus formas.
9. ¿Cuál es la responsabilidad del médico en el caso de una depresión sin psicosis?
10. ¿Cuáles son las drogas más frecuentemente prescritas por el médico, cuáles sus dosis más comunes y qué efectos secundarios producen?
11. ¿Cuáles son las contraindicaciones absolutas del uso de estas drogas?
12. ¿Qué se debe hacer en el caso de un paciente que sufre de una depresión y que además presenta ideas suicidas?

SUICIDIO

Al igual que en otras emergencias, el trabajador de atención primaria (TAP) debe enfrentarse en algunas ocasiones a la situación que representa el mayor peligro para la vida de una persona: el riesgo suicida. La persona piensa en quitarse la vida o puede haber realizado algún acto suicida en el pasado (por ej., haber ingerido algún veneno con el objeto de quitarse la vida).

Lista de riesgo suicidas

Los síntomas más comunes que se encuentran en el paciente suicida son obviamente las ideas suicidas o algún acto que indique las intenciones de quitarse la vida (por ej., haber comprado un veneno, pastillas, arma de fuego, etc.) o haber realizado algún acto suicida en el pasado. Además, es importante determinar si se trata de un paciente deprimido (ver capítulo correspondiente), pues son estos los que con más frecuencia tienen ideas suicidas. Debe, por lo tanto, indagarse sobre tristeza, decaimiento, desesperanza, desesperación, falta de sueño, ideas de culpabilidad y otros síntomas propios de la depresión.

Después de aclarado que se trata de un paciente suicida, con depresión o sin ella, se debe proceder a la entrevista siguiendo los principios correspondientes. Una vez realizada la entrevista se habrá adquirido una valiosísima información sobre el paciente y las circunstancias que lo rodean. Se deberá completar la investigación que corresponda de los diferentes elementos que determinan la gravedad del riesgo suicida.

El paciente suicida siempre debe enviarse al médico, al servicio psiquiátrico del hospital general o al hospital psiquiátrico. Cuando no se pueda enviar el paciente a un hospital psiquiátrico, se deben seguir los principios de manejo y mandarlo al médico. Se debe recordar que existen algunos síntomas que indican mayor gravedad que otros. El objetivo es prestar la mayor atención a aquellos elementos de la entrevista que pueden dar una clave sobre la gravedad del riesgo.

Alto riesgo suicida

Entre las condiciones que aumentan el riesgo de suicidio está el hecho de que la persona esté atravesando por una situación desesperada de cualquier índole (social, legal, marital, económica, familiar, etc.); que esté muy enferma o debilitada; que se trate de un anciano que no tiene compañía o que haya evidencia de psicosis con delirios o alucinaciones (ver Psicosis). La

ingestión de bebidas alcohólicas, ya sea en forma crónica o en episodios agudos, también puede favorecer las tendencias suicidas.

Si además de los elementos anteriores el paciente no tiene familia ni amigos (está solo); si tiene un plan suicida o habla de uno, o tiene acceso a un arma letal, drogas o venenos, u oye voces que le dicen que se quite la vida, se trata de un paciente con riesgo suicida aún mayor. Este paciente debe recibir tratamiento inmediato, y deben tomarse todas las medidas preventivas posibles.

Hechos que agravan el riesgo suicida

Se debe recordar que las condiciones que agravan el riesgo suicida son situaciones económicas críticas, infidelidad, enfermedad terminal, situación social o personal intolerable. La edad, agrava el riesgo, ya que en personas de edad este es mayor. También, el encontrar evidencias de una gran tristeza o retraso muy grave en los movimientos, pérdida de peso, sentimientos de culpa y desesperanza; asimismo la presencia de enfermedades físicas graves o la pérdida de algún familiar cercano.

Cuantos más elementos de estos tenga una persona, mayor será el riesgo.

Principios de manejo

Funciones del TAP

Independientemente de la causa, estas personas deben ser enviadas al servicio médico para su manejo. Mientras eso se realiza, el trabajador de atención primaria (TAP) debe estar capacitado para manejar el caso en la mejor forma, pues es este primer contacto terapéutico el que puede significar la vida del paciente. Como en el manejo de cualquier otro enfermo mental, se deben tener en cuenta los principios de entrevista y de historia clínica.

Es en la adecuada aplicación de estos principios que la persona que más se acerca al paciente juega el papel más importante, y nadie tendrá

oportunidad de hacer un contacto tan oportuno como el trabajador de atención primaria. Muchos pacientes amenazan con suicidarse y no todos llegan a cometer el acto, pero nunca deben tomarse estas amenazas a la ligera. Se debe hablar con el paciente y determinar la seriedad de sus amenazas de acuerdo con los criterios mencionados. En los casos en que la persona se encuentra intoxicada con alcohol es indispensable tomar acción no solamente respecto de sus ideas suicidas, sino también de la intoxicación.

Obviamente, cuando se presentan situaciones extremas, como un estado de inconciencia, se trata de una emergencia médica que debe enviarse de inmediato al servicio médico.

Si el paciente está en capacidad de hablar, se debe informar a la familia sobre la gravedad del caso, mantener al paciente en un lugar adecuado, con buena ventilación; donde se encuentre cómodo y donde pueda ser vigilado de cerca. Se debe permitir que el paciente hable sobre sus problemas, como también que manifieste libremente sus preocupaciones e ideas suicidas.

Se debe recordar que es necesario escuchar al paciente sin criticarlo, para llegar a establecer una relación positiva de apoyo con él, tratando de ofrecerle alternativas a la solución suicida. El ofrecimiento de ayuda, aun cuando sea mínima, representará un cambio notable a la desesperanza y soledad que ha rodeado al paciente. Decirle, por ejemplo, ¿qué puedo hacer por usted? o ¿en qué forma cree usted que yo puedo ayudarle?, constituirán valiosos puntos de apoyo. Nunca se le debe criticar, regañar o rechazar.

Siempre debe preguntarse a los pacientes si han pensado terminar con su vida, puesto que el solo hecho de hablar de esto aliviará la preocupación del paciente. Muchas personas creen que hablarles de suicidio a los pacientes puede provocar en ellos una reacción negativa, pero en general sucede lo contrario. Las personas sienten un gran alivio al poder hablar de sus ideas suicidas y agradecerán el poder compartir este "secreto" con otras personas, se sentirán menos culpables y el hecho de encontrar una persona que les escuche, hace que ellos vean alguna esperanza de ayuda.

Si el riesgo suicida es alto, deben tomarse de inmediato todas las medidas pertinentes; debe actuarse en forma rápida y decidida. El paciente no debe quedar solo y debe quitarse de su alcance cualquier objeto con que pueda hacerse daño.

Traslado. Debe enviarse de inmediato el caso a un servicio médico, preferentemente especializado, en compañía de algún familiar. Si el médico o la enfermera se encuentran disponibles, es posible que ellos ordenen una sedación intramuscular.

Funciones del médico

Además de seguir las pautas recomendadas al TAP, el médico prescribirá medicamentos si el caso lo justifica.

Sedación. Cuando sea necesario tranquilizar al paciente la droga de elección es Clorpromazina (Largactil) en ampollas de 25 mg asociado a Fenegan ampollas de 25 mg (una de cada una), aplicada por vía intramuscular profunda, cada media hora hasta un máximo de tres. Esto es, si el paciente no está debilitado, ni se trata de un anciano. Se espera una hora hasta que el paciente empiece a mostrar somnolencia; si no hay mejoría se repite la dosis. Cuando el paciente esté tranquilo, se le envía al servicio médico con una nota indicando su nombre y edad, la fecha, un breve resumen de los hallazgos y el objeto claro del envío, enfatizando la gravedad de riesgo suicida. Cuando se trata de un paciente con alto potencial suicida la hospitalización es inevitable.

Intento de suicidio - Manejo

Funciones del TAP

Siga los principios de la entrevista

- Escuche cuidadosamente sin interrumpir.
- Tenga en cuenta los principios del síntoma de agitación.
- Ofrézcase como ayuda. Diga “¿En qué puedo ayudarlo?”

- Nunca critique, ni regañe; establezca una relación positiva.
- Si el paciente lo incomoda, pídale a otra persona que lo maneje.
- Si no han sido mencionadas voluntariamente, pregunte por ideas o actos suicidas.
- Hágale hablar sobre esas ideas si las ha expresado; en caso contrario, déjelo hablar de lo que quiera.
- No deje al paciente solo.
- Alerta a la familia sobre la gravedad.
- Haga todos los esfuerzos necesarios para que la referencia se haga en forma rápida y segura.

Si no es posible realizar de inmediato el traslado

- Permita que el paciente hable de sus ideas.
- Refuerce las ideas positivas para restablecer su confianza y esperanza.
- Termine la entrevista.
- Instruya a los familiares, etc.

Al final de la entrevista disponga una cita para el día siguiente, ofreciéndose como ayuda e indicando el lugar preciso donde usted va a estar en caso de que el paciente lo necesite.

Funciones del médico

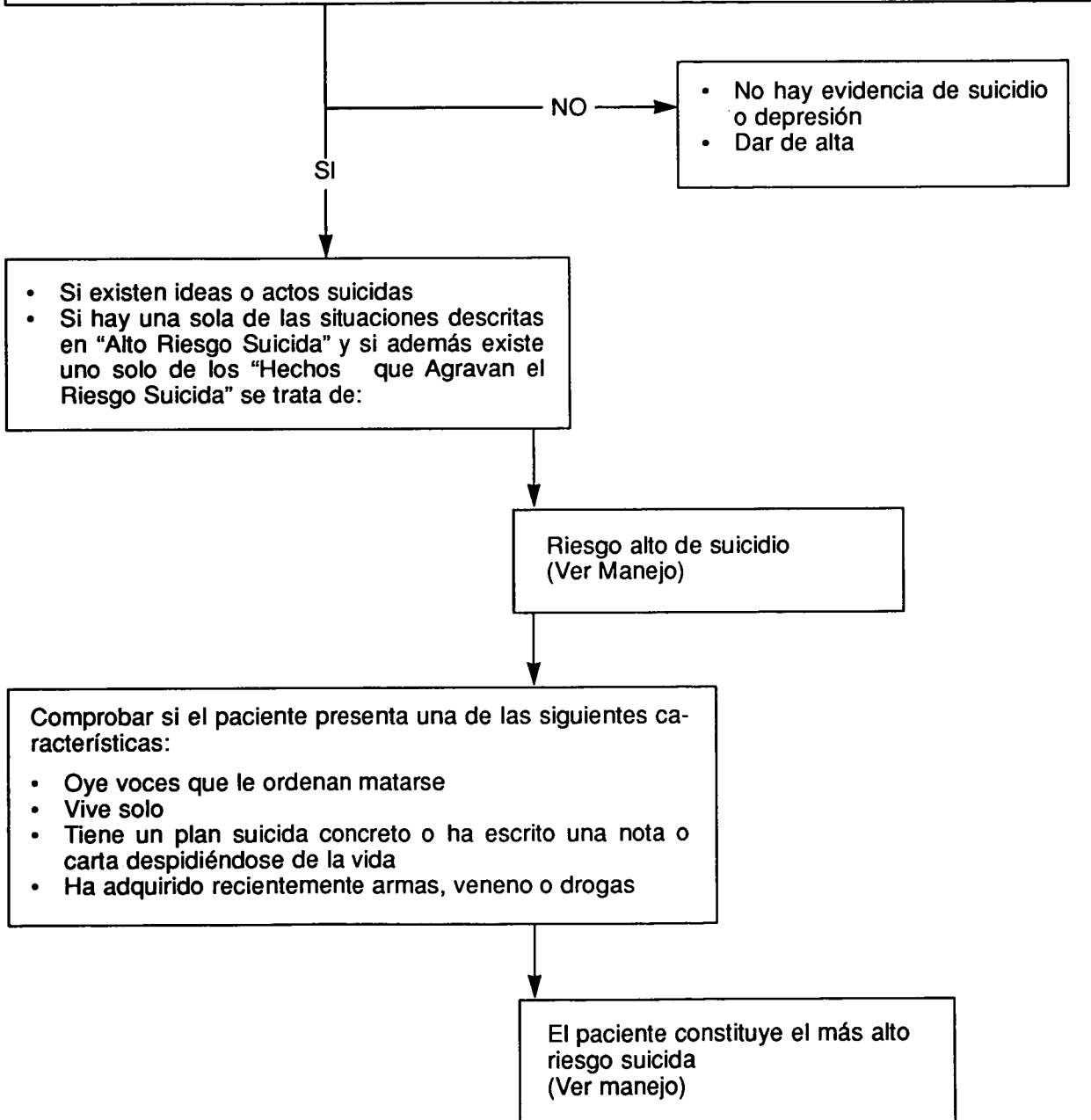
Además de seguir las pautas recomendadas al TAP, el médico prescribirá medicamentos si lo considera indicado.

- Sedación I.M.
- Clorpromazina (Largactil) ® 25 mg I.M. 1 ó 2 ampollas.
- Esperar 1 hora.
- Si no hay mejoría, repetir la dosis.
- Si aún no hay mejoría en otra hora, referir el caso al servicio médico.

RIESGO DE SUICIDIO

Identificación

La identificación del riesgo de suicidio se hace si hay evidencia de riesgo de suicidio de acuerdo con lo descrito previamente o si el paciente presenta el síndrome depresivo. (Ver sección correspondiente). La razón es que algunas veces las ideas o actos de suicidio no son evidentes al interrogatorio pero la depresión sí lo es.



Evaluación de conocimientos sobre el riesgo de suicidio

1. Enumere los síntomas más comunes encontrados en el riesgo suicida.
2. ¿Qué debe hacerse una vez que se determina que se trata de un paciente suicida?
3. Describa las características del riesgo suicida.
 4. Describa las características del más alto riesgo suicida.
 5. ¿Por qué es importante tener en cuenta estos últimos?
6. Enuncie los principios de manejo que se dan al personal auxiliar.
 7. ¿Qué debe hacerse cuando el paciente está intoxicado con alcohol?
 8. ¿Por qué el TAP (trabajador de atención primaria) juega el papel más importante frente al paciente suicida?
 9. ¿Qué debe hacerse cuando se descubre que se trata de un riesgo muy alto de suicidio?
 10. ¿Qué debe hacer cuando se descubre que hay un alto potencial de suicidio acompañado de agitación?
 11. Describa las funciones o responsabilidades del médico.
 12. Describa el uso del medicamento de elección para tranquilizar a un paciente suicida. ¿Cuál es la dosis, en que forma se aplica, cuánto tiempo se espera, qué resultados se anticipan?
 13. ¿Cómo se hace la referencia de un paciente con alto riesgo suicida que no ha mejorado después de aplicarle los principios del manejo?

ANGUSTIA

Al igual que la depresión, la angustia o síndrome de angustia, en sus diferentes manifestaciones, es un trastorno que ocurre muy frecuentemente.

La identificación correcta puede ser muy sencilla, pero en algunas oportunidades no lo es por estar la enfermedad asociada a otros trastornos o síntomas de tipo físico. El paciente que sufre de angustia puede haber señalado en el cuestionario,

entre otros síntomas, la presencia de dolor de cabeza, dificultades en el sueño, que se asusta con facilidad, tiene temblor de manos, que sufre de nerviosidad, tensión o aburrimiento, o que presenta sensaciones desagradables en el estómago y cansancio fácil.

Además de los síntomas enunciados, se pueden investigar otros tales como sudoración excesiva, palpitaciones, sequedad en la boca, mareos, frecuentes suspiros, preocupación, miedo, visión pesimista de la vida, dificultad para concentrarse e irritabilidad.

El Cuestionario de Síntomas puede utilizarse para determinar la presencia de la angustia con mayor precisión. Se debe sospechar la existencia de este problema si existen varias respuestas positivas a las primeras 18 preguntas. (Por ej., las respuestas afirmativas a las preguntas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 18).

El síndrome de angustia está comúnmente relacionado con la depresión, pero también es frecuente encontrarlo independientemente de aquella, relacionado con situaciones difíciles que han ocurrido en la vida de las personas. En muchos casos, los síntomas están asociados a problemas físicos de diversa índole; los síntomas de angustia, a su vez, agravan el problema físico y viceversa. Se establece por lo tanto un círculo vicioso entre el síntoma físico y la angustia.

Es indispensable poder identificar y aun manejar estas situaciones a nivel de los servicios de salud, cuando no hay disponibilidad inmediata de médico, pues de no recibir tratamiento los pacientes tienden a empeorar.

Estos pacientes pueden llegar a la consulta por:

1. Haber consultado o haber sido enviados, debido a que evidencian síntomas concretos de angustia. Es decir, se trata de alguien que reconoce su enfermedad y que busca alivio para su problema.

2. Tratarse de un paciente que niega su angustia, pero ésta es evidente para los observadores en cuanto esa persona llega a solicitar servicios de salud para un problema físico.

3. Haberse hecho evidentes los síntomas de angustia al responder al Cuestionario de Síntomas, como procedimiento de rutina.

Manejo

Funciones del TAP

1. Se debe establecer una excelente relación con el paciente. Debe recordarse que no se trata de establecer una relación social, ni de amistad, ni laboral con el paciente, pues esa manera no se le podrá ayudar.

2. Se debe dejar hablar al paciente sin interrumpirlo.

3. Si el paciente empieza a referir asuntos que le molestan, ya sea sobre sí mismo o sobre otras personas, se debe tratar de cambiar el tema.

4. Se le debe dar apoyo. Esta acción consiste en actuar como alguien que comprende la situación difícil por la que pasa el paciente y que lo ayudará por un periodo limitado, es decir, le brindará esa sensación de seguridad que necesita el paciente.

5. Se debe hablar con la familia.

6. Citar dos o tres veces más y ofrecerse para estar disponible en caso necesario.

7. Si los síntomas disminuyen, dar de alta; si, por el contrario, persisten, consultar con el supervisor.

8. Si la angustia ha sido ocasionada por no saber enfrentar adecuadamente situaciones de la vida diaria y ello es obvio para el observador, se deben dar indicaciones específicas sobre el manejo de esas situaciones.

9. Se debe insistir sobre la importancia de una dieta adecuada, el ejercicio, o el uso de vitaminas de acuerdo con lo que se haya prescrito al respecto.

Se debe recordar que ciertos medicamentos (por ejemplo Diazepam, Bromazepan), pueden

producir sedación exagerada y somnolencia; por lo tanto, se debe hacer esta advertencia a aquellos pacientes que estén usando sedantes para que no manejen vehículos ni desempeñen labores que requieran especial concentración, atención o coordinación en los movimientos.

También se debe tener presente que su uso prolongado puede producir hábito, por lo cual se recomienda que su utilización no se prolongue por más de una semana.

Funciones del médico

Además de seguir las pautas recomendadas al TAP, el médico prescribirá medicamentos, si el caso lo justifica.

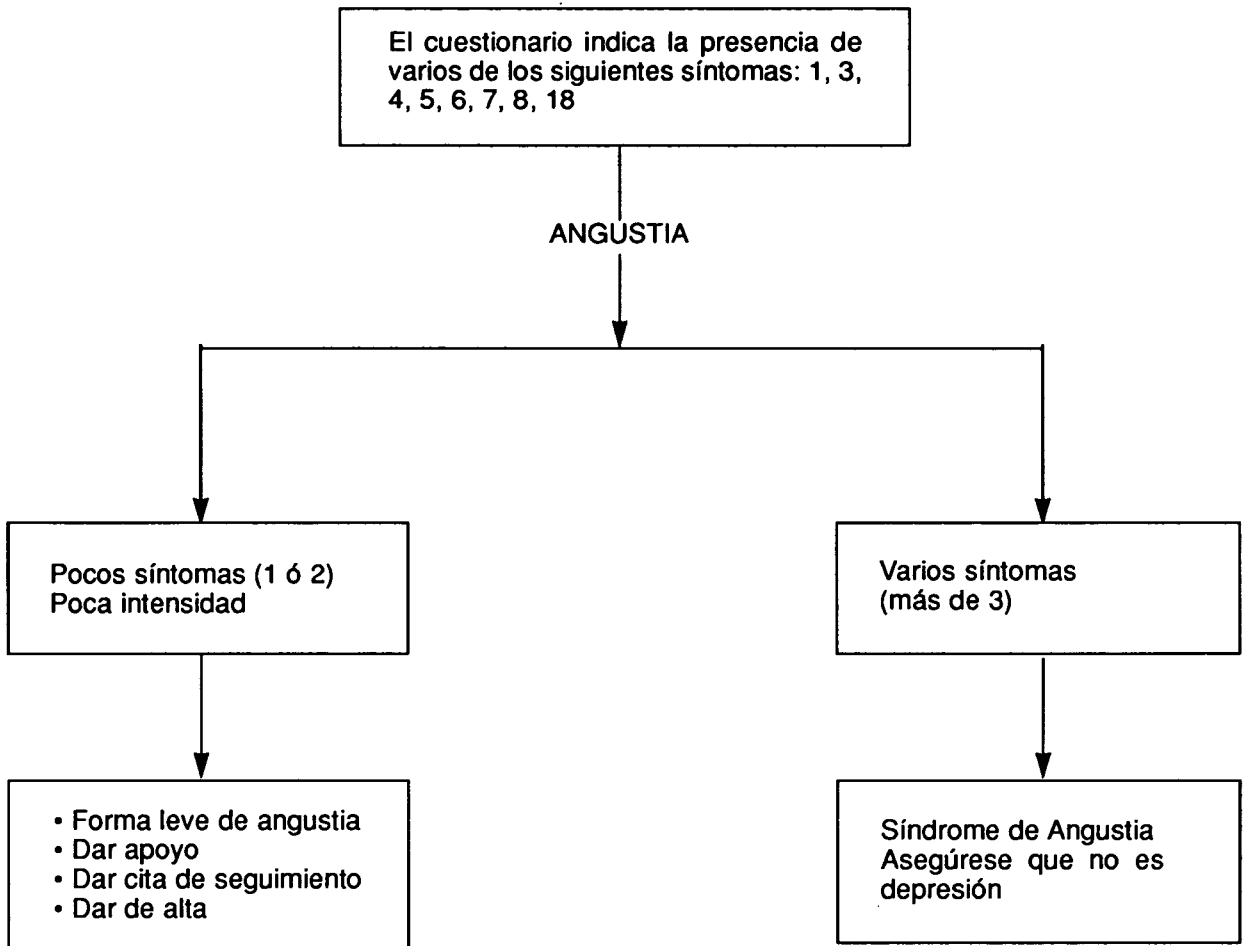
Uso de medicamentos. Es necesario cerciorarse que el paciente esté cumpliendo las instrucciones dadas sobre el uso de las medicinas administradas. Los fármacos indicados son las benzodiazepinas (Diazepan, Valium®, tabletas de 5 mg; Bronazepan, Lexotan®, tabletas de 6 mg), sus dosis y formas usualmente utilizadas podrían ser 5-6 mgs en tabletas por vía oral; 1-2 tabletas dos a tres veces al día; por un máximo de una semana.

En los casos de angustia más grave, el médico podría prescribir Diazepam, 10 mg en ampollas por vía intramuscular profunda; 1 ampolla en el momento de la consulta y otra una hora más tarde si persisten los síntomas de angustia grave.

En estas circunstancias debe revisarse el material correspondiente al síndrome de agitación y siempre debe referirse el caso a atención médica en la forma más inmediata posible. Si esto no es posible, debe tenerse al paciente en observación durante 24 horas (ver Agitación). Es posible que el médico haya decidido tratar que el paciente suspenda el uso de medicamentos o lo disminuya en cuanto sea posible; si este es el caso, deberá insistirse al respecto.

ANGUSTIA

Identificación



Síndrome de angustia - Manejo

Funciones del personal auxiliar

Principios

- Establezca excelentes relaciones con el paciente.
- Permita hablar al paciente.
- Lleve al paciente a hablar sobre cosas que no lo angustien.
- Déle apoyo.
- Incluya a la familia en el tratamiento.
- Supervise el uso de drogas prescritas por el médico.
- Ofrezcase como ayuda en caso necesario.
- Dé recomendaciones prácticas.
- Vigile que la dieta sea adecuada.

Si el paciente mejora

- Cítelo para volver en una semana y repita la entrevista según los principios señalados anteriormente.
- Si hay mejoría, insista en la disminución progresiva de la droga, si el médico lo ha recomendado.
- Citar 2 ó 3 veces más en el siguiente mes.

Funciones del médico

El médico seguirá las instrucciones sugeridas para el TAP. Además, podrá indicar medicamentos si lo considera aconsejable.

Sedación en casos leves: *Diazepam*, 5 mg o Bromazepan, 5 mg por vía oral; 1 a 2 tabletas, 2 a 3 veces al día durante una semana.

En casos más graves: *Diazepam*, 10 mg I.M., 1 ampolla. Si el paciente empeora, revisar el capítulo sobre Agitación.

Evaluación de conocimientos sobre el síndrome de angustia

1. Defina el síndrome de angustia.

2. Mencione los síntomas que aparecen en el cuestionario que deben ser positivos para sospechar de la presencia del síndrome de angustia.

3. ¿Qué otros síntomas son necesarios para confirmar que existe un síndrome de angustia y qué método puede usted utilizar para realizar tal confirmación?

4. Mencione tres vías por las cuales un paciente con el síndrome de angustia puede llegar al TAP.

5. Enumere y comente los principios de tratamiento del síndrome de angustia que constituyen funciones del personal auxiliar.

6. ¿Cuáles son las funciones del médico en el tratamiento del síndrome de angustia?

7. ¿Cuál es la medicina usualmente prescrita por el médico para el tratamiento del síndrome de angustia; cuál es la dosis y por cuánto tiempo debe utilizarse?

8. ¿Cuáles son los problemas que puede acarrear el uso de drogas tranquilizantes?

PSICOSIS

Las psicosis constituyen los trastornos mentales más graves que pueden llegar a un servicio primario de salud. Si bien su frecuencia no es muy alta, es indispensable poder identificarlas y tratarlas, pues con ello se le ahorrará al paciente una visita a un centro especializado. A pesar de su gravedad y la forma dramática como muchas veces se presentan estos pacientes, es posible darles un tratamiento ambulatorio adecuado a nivel del centro de salud o del dispensario.

El cuestionario muy probablemente presentará por lo menos una de las preguntas del número 21 al 24 marcada afirmativamente. Además de otros síntomas, estos pacientes presentarán alteraciones varias que pueden incluir: ideas delirantes (creencias falsas de grandeza, persecución, etc., que el paciente considera reales; no hay forma de convencerle de lo contrario y su pensamiento no se modifica por más

que se le den argumentos lógicos); no se entiende lo que dice (incoherencia); sus sentimientos son inapropiados (por ejemplo, el paciente se ríe hablando de un ser querido que ha muerto); gran actividad (agitación) o gran lentitud en los movimientos.

Alucinaciones

Las más comunes son las auditivas y mucho menos frecuentes las visuales o táctiles.

Alucinaciones auditivas. El paciente oye cuchicheos, voces que le hablan o gritan, sonidos de campanas, música, etc., pero que otras personas no pueden oír. Cuando se interroga a un paciente para aclarar si sufre de alucinaciones, se le hacen preguntas que en el caso de las auditivas podrían ser:

“¿Oye ruidos o voces que otras personas no oyen?” “¿Dónde, cuándo, en qué ocasión las oye y por qué oído?” “¿Las oye claramente? ¿Reconoce las voces? ¿Son de hombres o mujeres?” “¿Qué le dicen las voces?” “¿Son agradables o desagradables?” “¿Responde usted a esas voces?” “¿Le sorprenden?” “¿Le asustan?”

A juzgar por la sola actitud del paciente que escucha, refunfuña y habla solo, etc., no debe concluirse que está alucinado sin estar uno seguro de ello.

En el caso de alucinaciones visuales (cuando el paciente ve cosas que otras personas no ven), se podría preguntar:

“¿Qué ve?” “¿A qué hora?” “¿En la oscuridad?” “¿Con los ojos abiertos o cerrados?” “¿Los objetos se mueven?” “¿Hablan?” “¿Qué fue lo que vio?” “¿Qué otras personas estaban presentes?” “¿Tenía usted en esta ocasión fiebre muy alta?”

En un paciente que sufre de psicosis se presentan, además de lo anterior, por lo menos una, pero más frecuentemente varias, de las siguientes características:

1. **Conducta** o comportamiento social que resulta *extraño* para las demás personas. Por ejemplo se viste de forma extravagante, le hace gestos a la gente, habla solo en voz alta llamando

la atención. En ocasiones puede tomarse verbal o físicamente agresivo.

2. **Desajuste laboral.** Es decir, esta persona no trabaja ni estudia o lo hace en forma esporádica e irresponsable. Generalmente estos pacientes son incapaces de mantener un hogar.

3. Cuando son confrontados con su enfermedad, *niegan* que exista problema alguno; tienen más bien la tendencia a acusar a los demás de fines perversos al tratar de insinuar que ellos tienen algún problema.

4. Lo anterior determina que el paciente *carece de un buen contacto con la realidad*. Es decir, el mundo en que vive es una experiencia única y todo lo demás lo juzga de acuerdo con esa experiencia; la realidad está distorsionada a causa de sus ideas delirantes y de sus alucinaciones.

5. La manifestación de su afecto depende de las características del cuadro clínico; si además de los síntomas de psicosis, hay otros que indican depresión (tristeza, decaimiento, etc.) el afecto será deprimido y en esos casos se hablará de una *depresión psicótica* (ver Depresión). Si por el contrario el individuo está excitado, agitado o agresivo, su afecto será exaltado. Estos individuos sufren de una *psicosis aguda*. En estos casos se observa con frecuencia confusión y *desorientación* marcada en cuanto a tiempo, espacio y persona.

La identificación tentativa del síndrome de psicosis puede hacerse merced al conocimiento de este material, el cual conjuntamente con un resumen de la historia clínica (Sección A) y el examen psiquiátrico (Sección B), debe presentarse al supervisor para la confirmación diagnóstica y la decisión sobre el tratamiento que se aplicará.

Manejo

Funciones del TAP

En estos casos el manejo se comienza estableciendo una excelente relación entre el personal de salud, el paciente y su familia.

Deben revisarse las secciones básicas de este Manual (A, B y C), recordando especialmente los principios de la entrevista. Siempre debe escucharse atentamente al paciente sin interrumpirlo; se le debe ofrecer ayuda y apoyo en la medida que el paciente lo acepte.

Deben obtenerse los datos de historia para así complementar la información del cuestionario.

Funciones del médico

Las reglas generales de manejo indicadas para el TAP serán seguidas por el médico para que además, cuando el caso así lo indique, pueda prescribir medicamentos.

Tratamiento con drogas. El médico se encargará de prescribir las medicinas que juzgue más adecuadas. Las drogas antipsicóticas más comúnmente utilizadas son las *Fenotiazinas*, y entre ésta la *Clorpromazina*, que se administra por vía oral en tabletas. Se inicia el tratamiento con 100 mg diarios que se puede aumentar a 300 mg si no se observa mejoría al cabo de tres días. En casos de agitación se puede usar la vía intramuscular.

Esta droga controla la agitación, la conducta destructiva y hostil y reduce la angustia, tensión y miedo y ayuda a mejorar las relaciones del individuo con los demás.

1. Permite que el paciente haga un ajuste más rápido y satisfactorio en sus actividades laborales.
2. Crea una atmósfera de mayor tranquilidad para el paciente y sus familiares.
3. Aumenta la capacidad del individuo para responder a otras formas del tratamiento y agilizan su incorporación a la sociedad.
4. Mejora las relaciones del paciente con otras personas en su medio social.
5. Mejora su sueño.
6. Aumenta el interés por cuidar su aspecto personal.
7. Disminuyen los accidentes y la agresividad contra otras personas.

Los primeros cambios ocurren en el aspecto motor (la agitación); posteriormente los medicamentos ayudan a combatir las alucinaciones, las

ideas delirantes y la reacciones del individuo ante otras personas. Estas drogas se utilizan para tratar pacientes agitados, hiperactivos y violentos.

Observación de los efectos secundarios de las drogas recetadas

Esta observación no la realiza exclusivamente el médico, sino que el TAP *debe estar familiarizado con estos síntomas* para hacer la referencia oportuna.

Sequedad de la boca. La lengua y las mucosas de la boca se resecan y obligan al paciente a estar humedeciéndose los labios y a tomar líquidos con frecuencia.

Visión borrosa. Los pacientes informan que no pueden ver con claridad ni fijar la vista tan bien como lo hacían antes del uso de la droga.

Mareo. Es una sensación de borrachera que ocurre especialmente al estar acostado e incorporarse súbitamente (ver Hipotensión).

Temblor. El temblor fino de manos ocurre con bastante frecuencia. Cuando afecta las piernas se manifiesta por una sensación de inestabilidad; el paciente siente como si se fuera a caer.

Temblor en la lengua. Es más raro, consiste en movimientos finos de la lengua; puede estar acompañado de una sensación de que la lengua se le sale de la boca o que se la puede tragar.

Contracturas musculares. Esto ocurre especialmente en los músculos de la nuca; el paciente puede aparecer como "torcido" o echado hacia un lado.

Hipotensión. (Baja de la presión arterial). Frecuentemente ocurre en ancianos o personas debilitadas y se manifiesta por decaimiento, mareo y una sensación de que "el mundo se le va", "todo se le pone negro", especialmente al incorporarse. Es más frecuente cuando la persona cambia de posición, es decir, cuando está sentada y se levanta o cuando está acostada y se sienta repentinamente. Cuando la incorporación se hace lentamente este síntoma se puede evitar.

Palpitaciones del corazón. Son también efectos secundarios frecuentes de estos medicamentos.

En casos extremos, estas drogas pueden producir dificultad para hablar, convulsiones, somnolencia, estupor, alteración grave en la conciencia, etc. Estos son signos de intoxicación marcada y todos ellos hacen necesaria la suspensión del tratamiento, así como la consulta inmediata al médico. Otros síntomas secundarios son: urticaria, dermatitis y una hipersensibilidad a los rayos solares (por lo que se recomienda no exponerse al sol). En la mujer se pueden presentar trastornos en el ciclo menstrual o emisión de leche (galactorrea).

Se debe tener siempre en cuenta que en personas mayores con historia de glaucoma puede producirse un recrudecimiento de esos síntomas (dolor, sensación de presión y enrojecimiento de los ojos, así como visión borrosa), lo cual hace imperativa la inmediata suspensión de la droga.

Otro efecto secundario es la *sedación excesiva*. El paciente permanece dormido gran parte del día. Esto debe indicar una disminución de la dosis.

Manejo de los síntomas secundarios. Esta parte del tratamiento se considera como función del médico en lo que corresponde al tratamiento con drogas, pero su identificación y manejo sin drogas puede ser también realizado por el personal auxiliar.

Si se trata de síntomas leves, simplemente se le debe decir al paciente y sus familiares que estos van a disminuir en pocas semanas o que las personas deben adaptarse a este tipo de molestias (por ej., sequedad en la boca, algo de temblor en las manos, algo de somnolencia, etc.). Pero se trata de una gran intensidad o molestia, como por ejemplo la contractura de la lengua, que aun cuando no es grave puede ser interpretada como algo angustiante; o la hipotensión caracterizada por periodos de marcos ("se le va el mundo"), se debe suspender la droga y mandar al paciente al servicio médico.

Todos estos síntomas deben considerarse como producidos por el medicamento solo si aparecen después de 24 horas de iniciado el tratamiento y en ningún caso si los síntomas ya existían antes.

El tratamiento de los efectos secundarios con drogas es función del médico, quien en ocasiones tiene que recetar otra medicina para suprimir esos efectos indeseables, especialmente rigidez de la nuca, temblores de manos y piernas, salivación y sensación de que la lengua no cabe en la boca. Esta droga es el *Biperideno* que se administra en dosis de 2 a 6 mg por día durante un máximo de tres meses mientras se estén usando fármacos antipsicóticos.

En años recientes han surgido otras antipsicóticos (ejemplo: Clozapina, Leponex®) pero los posibles efectos secundarios y su similitud en eficacia a la Clorpromazina, nos permiten seguir considerando esta última como la droga de elección en los servicios de atención primaria para estos pacientes.

Es necesario cerciorarse de que el paciente tome estas drogas en la forma prescrita por el médico. Debe también darse apoyo, explicando que los síntomas no son graves. Asimismo, se deben dar instrucciones para evitar los movimientos bruscos (por ej., levantarse súbitamente de la cama).

1. La droga debe tomarse exactamente como ha sido prescrita; por ejemplo: tres tabletas al acostarse, o una al desayuno, otra al almuerzo y otra a la comida. No debe cambiarse el régimen indicado a menos que haya razones para ello. *No se disminuirá el número de tabletas al día* a pesar de que se observe que el paciente mejora notoriamente.

2. Debe asegurarse que el nombre del medicamento y la dosis que el paciente va a ingerir son los mismos formulados por el clínico.

3. *No se debe suspender* la droga aun cuando se observen algunos temblores, pesadez en la lengua, inquietud, nerviosismo, salivación o sueño, en forma moderada. Debe explicarse que estos síntomas son efectos secundarios y que pueden desaparecer con el tiempo; en caso de persistir, debe enviarse el caso al médico quien probablemente prescribirá una droga. Si hay rigidez en la nuca, salivación y sensación de que la lengua no cabe en la boca, deben darse instrucciones para que el paciente acuda a la institución

médica más cercana para su tratamiento, pues se trata de síntomas secundarios producidos por la medicina, que pueden ser tratados.

Se debe explicar al paciente y sus familiares que estos síntomas no revisten gravedad a pesar de ser molestos.

Es también función del personal auxiliar supervisar el uso de estos fármacos, por lo cual debe familiarizarse con su uso. Una vez obtenida la información precisa sobre la droga que el paciente ha venido recibiendo, el TAP, debe:

1. Tranquilizarlo diciéndole que todo parece indicar que esos síntomas se deben al medicamento; que su vida no corre peligro, y que se le dará otro medicamento que mejorará rápidamente esos síntomas;

2. Ofrecerle la continuidad de la ayuda que da el centro de salud o dispensario una vez que estos síntomas hayan desaparecido;

3. Cerciorarse que el paciente ha tomado la droga y que no la ha escondido debajo de la lengua;

4. Prescribir la ingestión de abundantes líquidos;

5. Informar al paciente y su familia que es muy peligrosa la ingestión de bebidas alcohólicas cuando se está recibiendo el medicamento;

6. Advertir que no se deje la droga al alcance del paciente u otras personas, especialmente niños.

Supervisión del paciente

Corresponde al personal auxiliar supervisar al paciente en cuanto a su alimentación, higiene personal, ingestión de líquidos y descanso. También, debe detectar síntomas secundarios o de intoxicación, como asimismo los posibles síntomas de recaída.

Alimentación. Cuando los pacientes rehúsen recibir alimentos, se debe advertir a sus familiares o personas que lo cuidan:

Que en lugar de forzarle a comer, se trate de hacer entrar en razón al paciente. En caso de negativa persistente, una alternativa es dejar los alimentos cerca de él, sin hacer comentarios. Con

frecuencia el paciente comienza a ingerir los alimentos por su propia decisión.

A los pacientes demasiado activos o inquietos se les debe dar líquidos en abundancia.

El paciente con trastorno psicótico no necesita dietas especiales, a no ser que sufra de otra enfermedad (por ej., diabetes, dolencia cardíaca, etc.).

Higiene personal. A pesar de los buenos hábitos de higiene personal adquiridos en su vida pasada, puede que el paciente ya no tenga motivación para ello debido a su enfermedad y comience a manifestar deterioro en sus hábitos de limpieza y arreglo. Una persona puede estar lo suficientemente enferma como para perder interés en su presentación personal. Por esta razón se debe insistir en que el paciente se mantenga limpio, que cepille sus dientes después de cada comida, que cambie de ropa con frecuencia, etc. Para algunos pacientes las piezas dentales postizas removibles pueden ser peligrosas y se debe vigilar su uso y, en casos extremos, quitárselas, especialmente si el paciente está muy inquieto o excesivamente sedado.

Otros cuidados. Llevar cuenta de los líquidos ingeridos (cantidad ingerida en un día) y eliminados (cuántas veces ha orinado y en qué cantidad). Algunos pacientes muy enfermos no se dan cuenta de la necesidad de tomar líquidos o alimentos. También el ejercicio es importante; se debe insistir en que tanto el ejercicio como la dieta adecuada y una suficiente cantidad de líquidos, mantienen al paciente en buenas condiciones físicas.

Sueño. Toda persona debe dormir de seis a ocho horas diarias. Un poco de leche o agua endulzada caliente antes de acostarse, el ejercicio físico durante el día y una dieta balanceada sin excesos de sal ni azúcar pueden ayudar al paciente a tener un sueño más reparador.

Debe evitarse que el paciente realice tareas peligrosas como manejar máquinas, cortadoras, automóviles, etc., y dejarlo que participe en otras actividades que no impliquen peligro, como quehaceres domésticos, pintar, leer, jugar (damas, dominó, etc.).

La recuperación del paciente depende en gran parte de la colaboración e interés de sus familiares en todos los aspectos anteriores. Lo más importante es *seguir el tratamiento en forma completa*. Se debe recordar que el paciente es un ser como cualquier otro que ha sufrido una enfermedad. Las enfermedades mentales necesitan tratamiento al igual que una fractura o una neumonía. Por ejemplo, una fractura no se cura con un regaño o exigiendo al paciente que “ponga de su parte” (como generalmente se oye decir cuando alguien sufre una enfermedad mental). En uno y otro caso es necesario aplicar un tratamiento adecuado.

Esta instrucción debe repetirse a los familiares, quienes muchas veces dudan de la importancia de estos problemas y, por lo tanto, de su tratamiento.

Síntomas que indican recaídas. Estos síntomas son fáciles de reconocer por la familia, porque muchos de ellos *son los mismos que presenta el paciente cuando empezó con la enfermedad*. Puede observarse que:

- El paciente comienza a mostrar un comportamiento extraño.
- Se enoja por todo.
- Habla solo.
- Se encierra.
- No quiere ver a nadie.
- Empieza nuevamente a descuidar su presentación personal (no se baña).
- No quiere comer.
- No duerme o le cuesta trabajo quedarse dormido.
- Camina demasiado.

Recaída. Si se presentan los síntomas que indican recaída, debe enviarse el caso al servicio médico. Debe indagarse, por ejemplo, si el paciente ha estado ingiriendo las drogas en la forma prescrita; si tiene alguna enfermedad física concomitante (por ej., estado febril) o si se encuentra en una situación familiar o social que esté agravando el problema.

Intoxicación. En caso de descubrirse intoxicación, se debe suspender el tratamiento y enviar el caso al servicio médico.

Manejo

Funciones del TAP

- Revise secciones A, B y C
- Recuerde especialmente los principios de entrevista.
- Escuche atentamente.
- No interrumpa al paciente.
- No permita que nadie moleste al paciente.
- Ofrézcase como ayuda.
- Ofrézcase a acompañar al paciente.
- Revise los principios de manejo, especialmente si se ha indicado medicinas antipsicóticas; estar atento a efectos secundarios tales como sequedad en la boca, visión borrosa, mareo, temblor, hipotensión; revise el tratamiento de los afectos secundarios con medicamentos específicos; revise las contraindicaciones.

Supervisar

- Alimentación
- Higiene personal
- Sueño, ejercicio
- Estar atento a posibles recaídas

Funciones del médico

Además de las normas recomendadas para el TAP, que también se aplican al médico, este podrá indicar medicamentos si lo considera necesario.

Clorpromazina 25 mg 3/día x 24 horas si el paciente no mejora, se aumenta la dosis nocturna a 100 mg al acostarse; y hasta 300 mg al acostarse en los primeros tres días.

Manejo de los efectos secundarios de las medicinas antipsicóticas

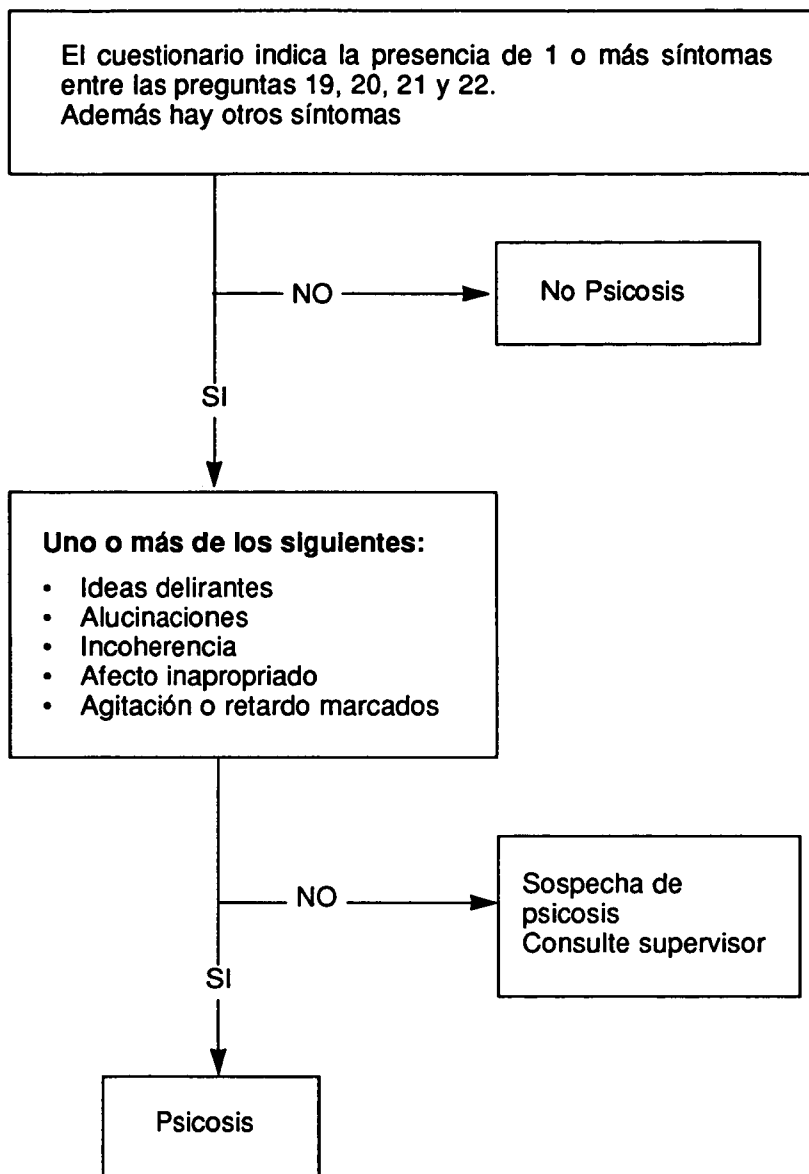
- Biperideno, 2 a 6 mg al día por vía oral.

Evaluación de conocimientos sobre psicosis

1. ¿Cómo se realiza la identificación de una psicosis?

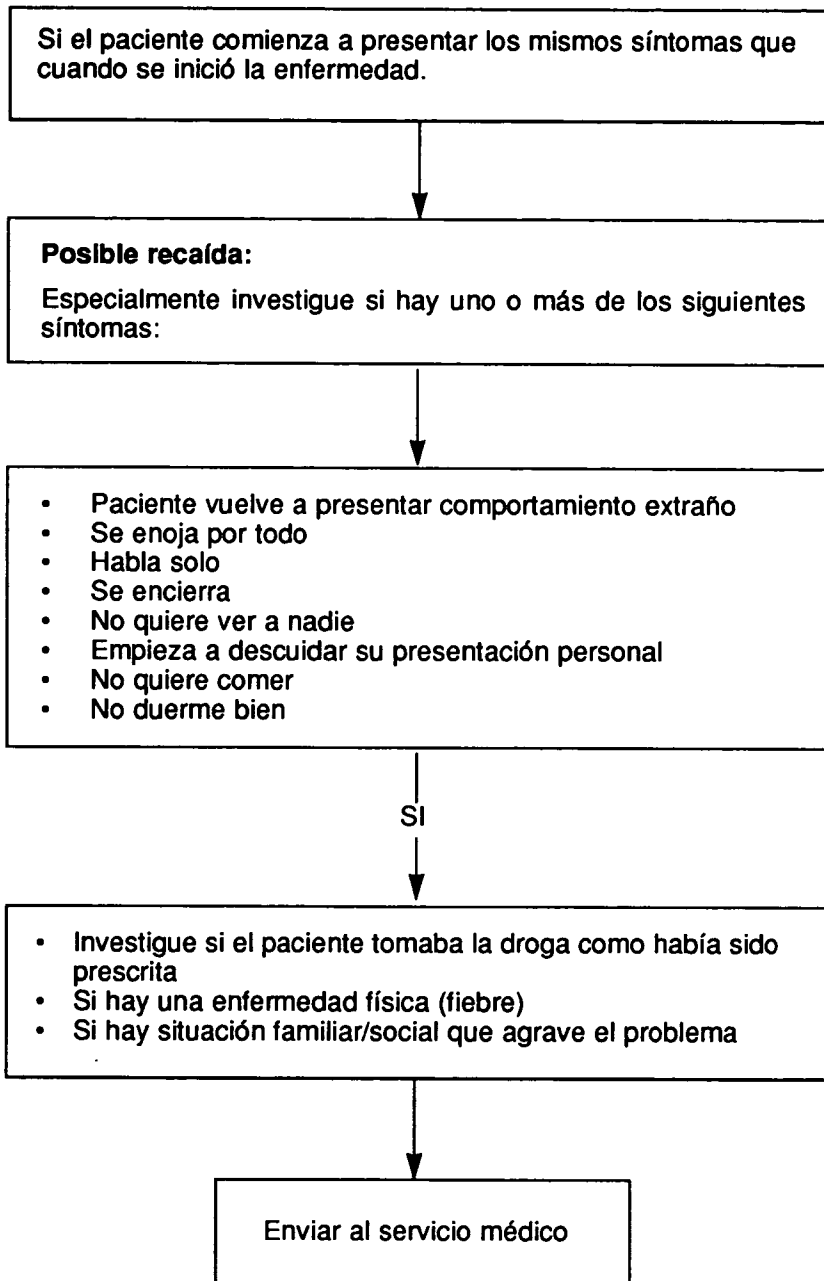
PSICOSIS

Identificación



PSICOSIS

Identificación de recaída



2. ¿Cuáles son las alteraciones que presenta un paciente psicótico?
3. Dé un ejemplo de trastorno en el afecto.
4. ¿Qué es una idea delirante?
5. ¿Qué es una alucinación?
6. ¿Cómo se investigan las alucinaciones?
7. ¿Qué es una conducta social extraña? Dé ejemplos.
8. ¿Cuándo se habla de depresión con psicosis?
9. Haga una lista de las diferentes funciones que corresponden al personal auxiliar en el manejo de los pacientes psicóticos.
10. ¿Cuáles son las responsabilidades del médico en relación con el manejo de un paciente psicótico?
11. ¿Qué efectos producen las drogas antipsicóticas?
12. ¿Cuáles son las precauciones que se deben tener en el uso de las drogas antipsicóticas?
13. ¿Cuáles son los efectos secundarios que producen estos medicamentos?
14. ¿Cuáles son los síntomas de intoxicación (sobredosis) de los antipsicóticos?
15. ¿Cómo se manejan los efectos secundarios de estas drogas?
16. ¿Cuáles son las señales de recaída en un paciente psicótico?

AGITACIÓN

En algunas oportunidades llegan a los servicios primarios de salud personas agitadas, es decir, aquellas que presentan de manera súbita un comportamiento desordenado, violento y socialmente inaceptable. Estas personas deben recibir ayuda especial, tanto para protegerlas de sus propios actos violentos como para proteger a los que las rodean.

Las causas de la agitación son variadas, pero generalmente es necesario empezar a tratar este problema sin conocer su causa precisa. Los síntomas más comunes encontrados en la agitación comprenden, además del comportamiento desordenado, violento, agresivo y socialmente inaceptable, otros síntomas que forman parte de otros síndromes, por ejemplo:

Angustia en su forma más intensa, que se manifiesta con aprensión, tensión o molestia asociada a la idea de que algo terrible va a ocurrir sin que haya una causa externa responsable de los síntomas.

Inquietud. La persona se mueve de un lado para otro, se frota las manos y puede llorar o manifestar sentimientos de culpa.

Trastornos del pensamiento. La persona puede llegar a pensar que lo quieren agredir y busca protección frente a los supuestos ataques de sus enemigos.

Agresividad. Este síntoma puede estar presente en sus formas más leves desde la tendencia a discutir aun sobre los aspectos más insignificantes, hasta las más graves, cuando la persona, poseída de rabia, ataca de palabra o físicamente a otros.

Confusión (desorientación). La persona ignora el día, la fecha, el año y aun llega a ignorar donde se encuentra. Esto podría indicar la existencia de un trastorno de origen orgánico en las funciones cerebrales que debe ser referido de inmediato al hospital general.

El caso extremo de agitación puede verse cuando la persona, creyéndose víctima de supuestos ataques, se arma para protegerse. Este caso reviste la mayor gravedad pues este paciente ha perdido el contacto con la realidad y representa un peligro enorme para otras personas.

Aquellas personas que sufren estos trastornos requieren un manejo cuidadoso por parte de los trabajadores de atención primaria, mientras el clínico se hace presente o, si el caso lo requiere, mientras son enviados a un hospital.

En los casos en que pueda realizarse una entrevista, deben descartarse algunos problemas como posibles causas del síndrome de agitación; debe *preguntarse si ha habido golpes en la cabeza, somnolencia o fiebre*. Asimismo debe realizarse un examen para comprobar que el paciente no tenga *rigidez de nuca*. Todas estos síntomas son evidencias de que el cerebro está afectado. *Si alguno de ellos está presente, el paciente debe ser enviado de inmediato al servicio médico.*

Finalmente, se debe descartar la ingestión de drogas a sustancias tóxicas, pues la agitación puede ser causada por la ingestión de alcohol, anfetaminas u otras drogas; por lo tanto, siempre debe investigarse con el paciente y sus familiares. Deben buscarse algunos signos físicos tales como el aliento alcohólico o las pupilas dilatadas en el caso del uso de anfetaminas para apoyar esta sospecha. Obviamente si la agitación se debe al uso de una droga, lo indicado es suspenderla antes de iniciar el manejo del caso.

Manejo

Funciones del TAP

Una vez descartados estos problemas, se procede al manejo del caso mientras se puede hacer el traslado al servicio médico. En primer lugar, deben seguirse los principios de una entrevista y tratar de obtener una historia clínica y un examen psiquiátrico. Es indispensable tener en cuenta que se trata de un paciente especial cuya toma de historia presenta dificultades.

El ambiente en el cual se desarrolla la entrevista debe ser silencioso y estar libre de toda clase de estímulos nocivos, especialmente de las personas con las cuales el paciente está confrontado, las cuales deben ser alejadas de él. La entrevista debe hacerse con una actitud tranquila pero firme, teniendo en cuenta que generalmente estos son pacientes que se sienten inseguros, y por lo tanto, debe actuarse con gran paciencia sin forzar al paciente, más bien permitiéndole que hable y ofreciéndole ayuda. Debe tratarse de captar su confianza y hacerle sentir que se le respeta. Si las condiciones anteriores se dan, es muy probable que el paciente empiece a hablar, en cuyo caso debe escuchársele con mucha paciencia, permitiéndole que exprese todas sus preocupaciones.

Un principio importante de tenerse en cuenta es que no interesan los detalles de lo ocurrido; lo que interesa es dejar que el paciente desahogue su rabia y angustia y sea escuchado con respeto. Posteriormente, cuando el paciente se encuentre en mejor condición, se obtendrá una información más detallada.

Si el paciente está demasiado agitado o violento, no es prudente entrevistarlo. Es indispensable hacerse rodear de personas de confianza; no correr riesgos, tener una salida fácil en caso de ataque y retirar los objetos peligrosos del alcance del paciente. El entrevistador deberá estar acompañado de personas situadas a prudente distancia que en un momento dado puedan ayudarlo.

Como estos pacientes generalmente están muy angustiados, el primer paso es tratar de calmarlos y evitar que otros agraven el problema. Es indispensable decirle a los demás que no vayan a golpear a la persona agitada, puesto que se trata de un enfermo y no de alguien que está actuando a propósito.

En lo posible debe procurarse *no iniciar* el manejo de estos pacientes tratando de reducirlos por la fuerza o encerrándolos, puesto que esto aumenta su agitación y agresividad. La persona debe ser llevada a un lugar tranquilo, tratándose de establecer una buena relación con ella; debe escuchársele sin interrumpirlas, insistiendo en que se le quiere ayudar.

Se puede recomendar a sus acompañantes que no se acerquen mucho, que no provoquen, amenacen o insulten al enfermo, pues todo esto aumentará las posibilidades de una reacción más violenta. Si hay alguna persona en especial que el paciente haya nombrado como de su confianza, debe llamarse a esa persona y retirar a las demás del lado del paciente. Debe tenerse en cuenta que uno de los riesgos potencialmente más altos son los hombres muy excitados que tienen una historia de episodios violentos, que sospechan de la gente y que amenazan con realizar actos violentos.

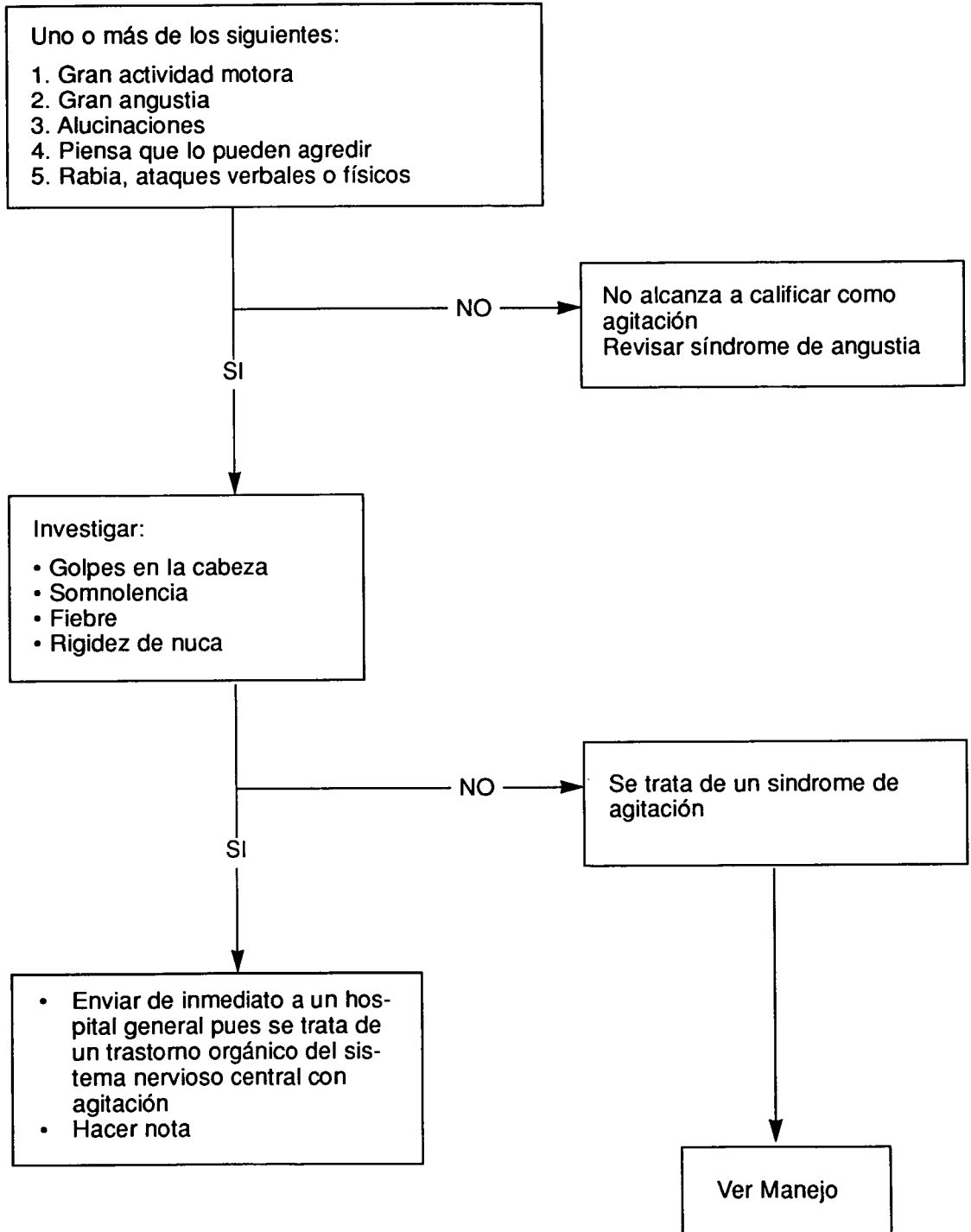
Funciones del médico

El médico debe manejar el paciente en la misma forma indicada para el TAP. Además, si el caso lo justifica, puede prescribir medicamentos.

Medicación. Muchas veces es necesario actuar con rapidez. El médico o la enfermera podrían prescribir, una vez que se haya descartado la presencia de un trastorno cerebral de origen orgánico, Clorpromazina, dos ampollas de 25 mg en una sola inyección. Una espera prudencial de una hora podría indicar si el paciente requiere una dosis

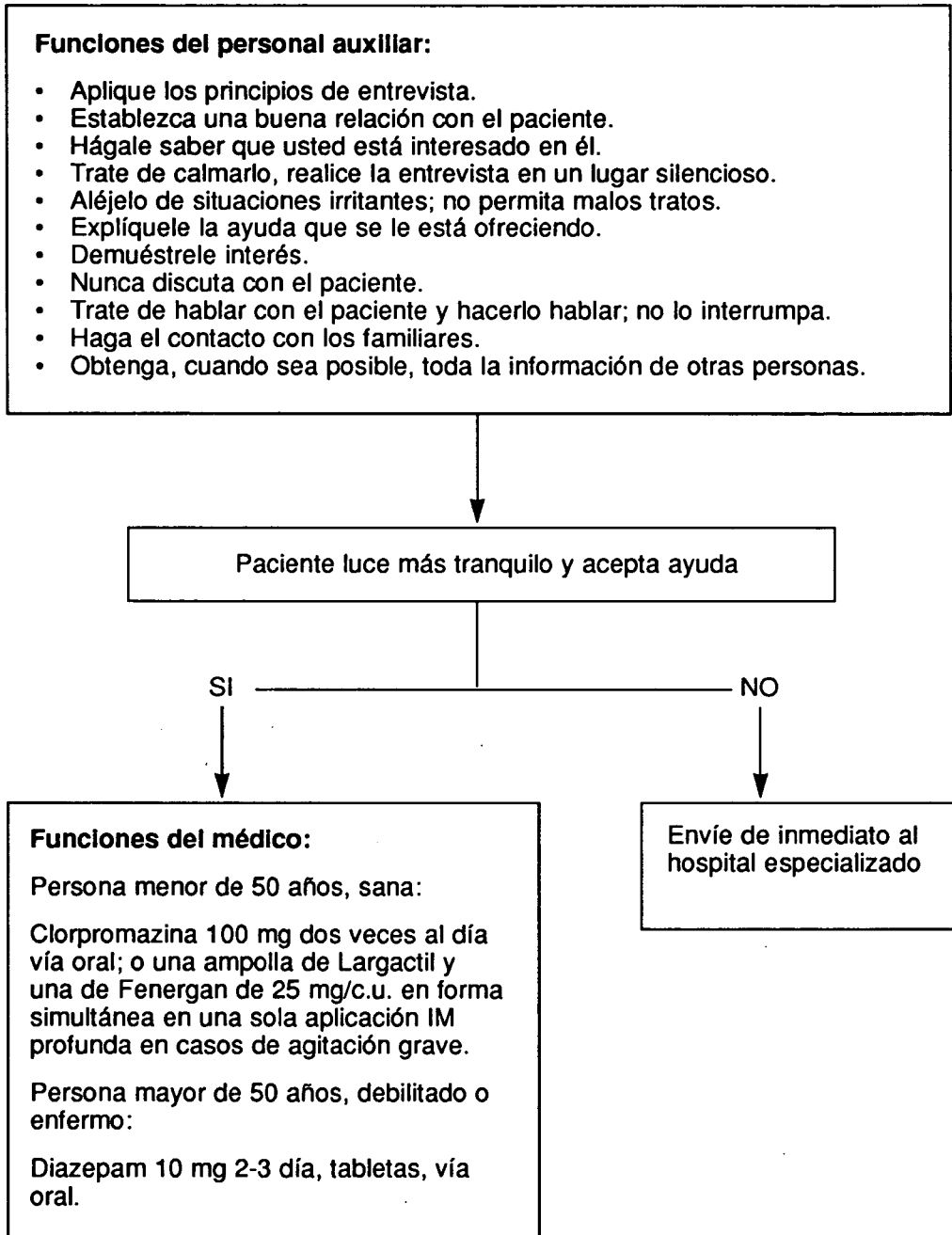
SINDROME DE AGITACION

Identificación



SINDROME DE AGITACION

Manejo



mayor. Posteriormente se puede continuar el tratamiento por vía oral administrando 100 mg de Clorpromazina una o dos veces al día de acuerdo con las instrucciones del médico o la enfermera.

Si se trata de un paciente anciano o persona debilitada, el médico probablemente no utilizará Clorpromazina, sino Diazepam en una dosis de 10 mg. La presentación de este medicamento es en tabletas de 5 y 10 mg para utilización por vía oral.

Nota: La Clorpromazina es una medicina que puede producir una serie de efectos secundarios (ver Psicosis, tratamiento con drogas).

Remisión del paciente al servicio médico

Una vez que se administre la sedación y se decida que se debe enviar al paciente al hospital psiquiátrico por tratarse de un caso demasiado agudo, debe llevarse acompañado de sus familiares más cercanos. Debe colocarse a una distancia prudencial del conductor del vehículo que lo lleva, para que en ningún momento interfiera con el manejo del vehículo. Debe sentarse o acostarse lo más cómodamente y disponer de personal suficiente para controlarlo en caso de agitación.

Remisión al hospital general

Si se trata de un paciente que se sospecha que sufre de un problema orgánico (fiebre, golpes en la cabeza, rigidez de nuca, somnolencia) debe mandarse un nota informando de ese hecho. En cualquier remisión es indispensable hacer una nota detallada de lo ocurrido; informar qué medicina ha sido administrada y en qué dosis y describir brevemente la enfermedad actual de tal manera que el médico que reciba al paciente tenga una idea clara del problema. Debe también indicarse la disposición del TAP para manejar este caso ambulatoriamente a nivel local, una vez que se haya superado la fase aguda.

Evaluación de conocimientos sobre el síndrome de agitación

1. Defina el síndrome de agitación.

2. ¿Por qué es indispensable tratar estas personas?

3. ¿Cuáles son los síntomas más comunes que caracterizan el síndrome de agitación? Defina cada uno de ellos.

4. Explique cuáles situaciones de carácter orgánico deben descartarse en caso de síndrome de agitación.

5. ¿Cómo puede hacerse su diagnóstico?

6. ¿Qué debe hacerse en el caso anterior?

7. Describa los principios del manejo correspondientes al personal auxiliar en el caso de pacientes agitados.

8. ¿Cuáles son las funciones del médico en el manejo del síndrome de agitación, qué medicamentos puede prescribir, en qué dosis y qué precauciones son necesarias tener?

9. ¿Cómo debe hacerse la remisión al hospital?

10. ¿Cuándo debe remitirse un paciente agitado al hospital general?

LA EPILEPSIA

La epilepsia es el desorden convulsivo que más interesa, pues su frecuencia es grande. Además, su tratamiento con anticonvulsivos es eficaz y sencillo. Existen formas de epilepsia que no presentan convulsiones, el pequeño mal y la epilepsia psicomotora, pero estas ocurren con menor frecuencia y no se incluyen en este Manual.

La epilepsia se define como "Una descarga ocasional, excesiva y desordenada que ocurre en el cerebro". La causa de la epilepsia es desconocida en la mayoría de los casos. En otros casos puede estar asociada a una variedad de trastornos. Dentro de este grupo están las infecciones del sistema nervioso central, tales como meningitis, abscesos cerebrales, traumatismos craneanos o intoxicación por drogas o alcohol.

En muchos casos las manifestaciones clínicas de la epilepsia constituyen un síntoma pasajero mientras dura la infección del cerebro o el efecto del traumatismo craneano y una vez que esa situación cesa se retorna a la normalidad y los síntomas pueden no volver a presentarse. En

otros casos el daño cerebral es permanente y el síntoma seguirá ocurriendo a no ser que se administre un tratamiento eficaz.

Las consecuencias de la epilepsia son el deterioro de las funciones intelectuales, si la enfermedad no se identifica y trata a tiempo. En los casos en que se ha logrado identificarla y dar el tratamiento adecuado, la recuperación es completa y las secuelas son mínimas.

Cuadro clínico

Los ataques epilépticos pueden empezar con un grito; pérdida del conocimiento, caída súbita al suelo; el cuerpo se pone rígido, hay movimientos violentos de brazos, piernas, tronco y cabeza; la cara se toma morada; en pocos segundos se observan movimientos de todo el cuerpo que consisten en sacudidas bruscas; hay movimientos de boca y lengua y se aprecian ruidos en la respiración; puede haber mordeduras de lengua, los ojos se mueven en forma giratoria. La persona pierde el control de la orina y en raras ocasiones puede defecarse. A esta etapa le sigue característicamente un periodo de relajación y sueño profundo, al término del cual el paciente no recuerda qué le pasó, ni dónde se encuentra; se queja de dolor de cabeza, dolor muscular generalizado, mareo y sueño. El ataque dura generalmente de dos a cinco minutos. Los ataques convulsivos generalizados pueden producirse a cualquier edad y en algunos casos van asociados a una enfermedad cerebral orgánica.

El "status" epiléptico es la situación en la cual las convulsiones generalizadas siguen unas a otras a intervalos tan seguidos y cortos que el paciente no alcanza a recobrar el conocimiento entre un ataque y otro. Este es un caso de emergencia médica, que de no recibir tratamiento inmediato puede causar la muerte del paciente.

Identificación de la epilepsia con convulsiones generalizadas

La epilepsia se establece de acuerdo con el cuadro clínico, siendo fácil su diagnóstico si se

tiene en cuenta la descripción clínica, para lo cual es indispensable obtener los datos de alguien que haya presenciado un episodio convulsivo. El diagnóstico diferencial más importante es el que se refiere a formas de convulsiones no epilépticas por ejemplo, las convulsiones histéricas, para lo cual la descripción detallada del episodio y la historia clínica de caso es importante.

A fin de realizar este diagnóstico diferencial es importante saber si el ataque ocurrió durante el sueño del paciente, si estaba solo o acompañado y si se presentan varios de los síntomas descritos anteriormente. Todo ello evidenciará más la presencia de una epilepsia con convulsiones generalizadas que de un episodio de "histeria".

Datos de la historia

Inmediatamente después del episodio agudo, debe obtenerse toda la información posible, tratando de obtener los datos de alguna persona que haya presenciado el episodio. La historia del caso, tanto del episodio agudo como lo referente a la persona a partir de su gestación, nacimiento e infancia, deben recogerse con cuidado. Debe buscarse la existencia de cicatrices en la cabeza; averiguar sobre lesiones craneales que le hayan producido pérdida del conocimiento, tales como golpes en la cabeza, fracturas de cráneo, o traumatismos sufridos durante el nacimiento, tales como aplicación de fórceps; enfermedades como meningitis o encefalitis; episodios tóxicos, historia de consumo excesivo de alcohol u otras drogas. Debe averiguarse si hay antecedentes de ataque; jaquecas o trastornos neurológicos en la familia. Fecha y hora del ataque; si este fue precedido por una sensación que le indica al paciente que lo va a sufrir (aura). Aparición del ataque; describirlo. Si hubo traumatismo craneano u otra lesión; ausencia o presencia de movimientos musculares aislados de las extremidades o cara; descripción de rigidez y sacudidas musculares; duración de todo el ataque; si la persona pudo o no hablar inmediatamente después del ataque; presencia de dolor de cabeza o mareos después del ataque; presencia o ausencia de fiebre y rigidez de nuca.

Manejo

Funciones del TAP

El objetivo terapéutico que se persigue durante un episodio de convulsiones generalizadas es evitar que el paciente se haga daño físico. Si se está cerca del paciente, se le debe ayudar a acostarse cuidadosamente sobre una superficie blanda. Debe recordarse que de otra forma, el paciente caerá al suelo y se puede lastimar.

Funciones del médico

El tratamiento de elección para la epilepsia de convulsiones generalizadas es el Difetil Hidantoinato Sódico. Su presentación viene en tabletas de 100 mg. La dosis recomendada es de 300 mg al día repartida en tres partes que se ingieren con las comidas. No se debe iniciar el tratamiento sin el visto bueno del médico quien, para corroborar el diagnóstico, podrá ordenar un electroencefalograma. El tratamiento es generalmente bastante eficaz. El problema más serio que puede surgir es que el paciente rehuse aceptar la droga, en cuyo caso debe insistírsele mucho sobre la necesidad de tomarla diariamente y evitar interrupciones, pues esa es generalmente la causa de las recaídas.

El Fenobarbital es una excelente alternativa para el tratamiento de las convulsiones generalizadas, especialmente en niños. Desafortunadamente en muchos países los controles oficiales que regulan el expendio de esta droga limitan su disponibilidad.

La vigilancia de los efectos secundarios de la droga corresponde tanto al médico como al personal auxiliar. Estos efectos incluyen las erupciones dérmicas de tipo alérgico; inquietud, nerviosismo, náuseas, mareo y vómitos. Un síntoma que aparece con el uso prolongado del hidantoinato es el crecimiento exagerado de las encías. Esto puede disminuir en gravedad si se realiza una limpieza adecuada y permanente de los dientes. El tiempo del tratamiento es indefinido y puede tomar años.

Los síntomas disminuyen mientras se usa esta droga, pero si se suspende pueden volver a aparecer. Sin embargo, debe explicársele al paciente en forma optimista que el tratamiento le asegura una mejoría de sus síntomas. El contacto terapéutico es, por lo tanto, a largo plazo y debe incluir otras formas de terapia de apoyo e intervención en las crisis e insistirles que estas drogas no deben suspenderse de súbito, sino gradualmente.

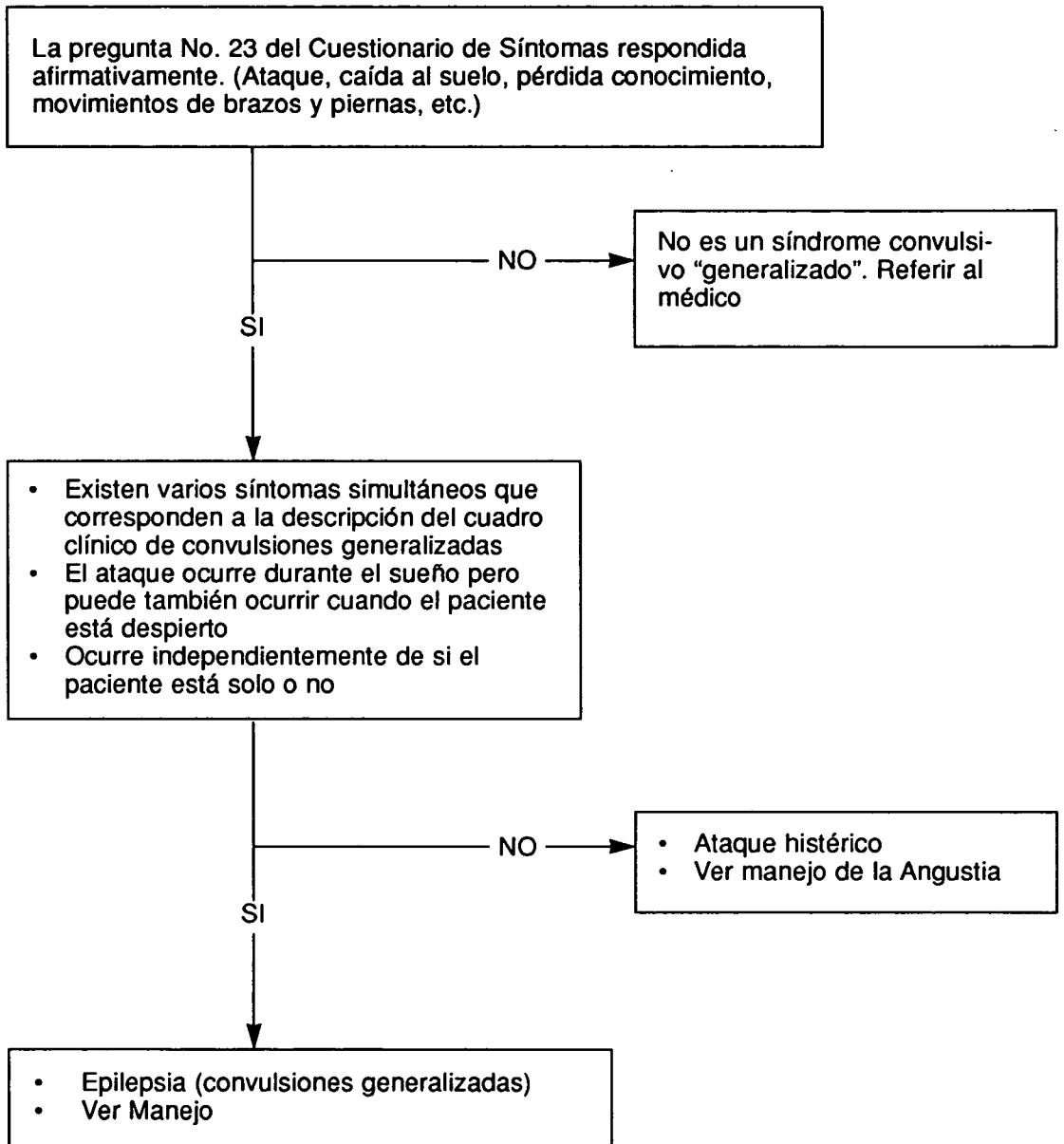
Para el manejo del "status" epiléptico se usa el Diazepam (Valium) por vía endovenosa, en dosis de 10 mg por vez, inyectado sin diluir. Si las convulsiones no cesan, se puede repetir la inyección cada 15 minutos, por dos veces más. Si al cabo de tres inyecciones las convulsiones no desaparecen, el paciente debe remitirse inmediatamente al hospital más cercano, con carácter de urgencia médica.

Evaluación de conocimientos sobre la epilepsia

1. Defina la epilepsia con "convulsiones generalizadas".
2. Describa el origen de la epilepsia con convulsiones generalizadas.
3. ¿Cuáles son las consecuencias de la epilepsia?
4. Describa detallada y ordenadamente el cuadro clínico de un ataque epiléptico generalizado.
5. Defina el "status" epiléptico.
6. Establezca la diferencia entre un ataque epiléptico generalizado y uno no epiléptico o histérico.
7. ¿Cuál es el objetivo fundamental del tratamiento (manejo) durante un ataque epiléptico?
8. ¿Por qué es importante obtener una historia clínica completa en los casos de epilepsia?
9. ¿Cuál es la función del médico en el tratamiento de la epilepsia? ¿Cuáles son los medicamentos que prescribe, las dosis y el tiempo de duración del tratamiento?
10. ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento farmacológico de la epilepsia?

EPILEPSIA

Identificación



EPILEPSIA

Manejo

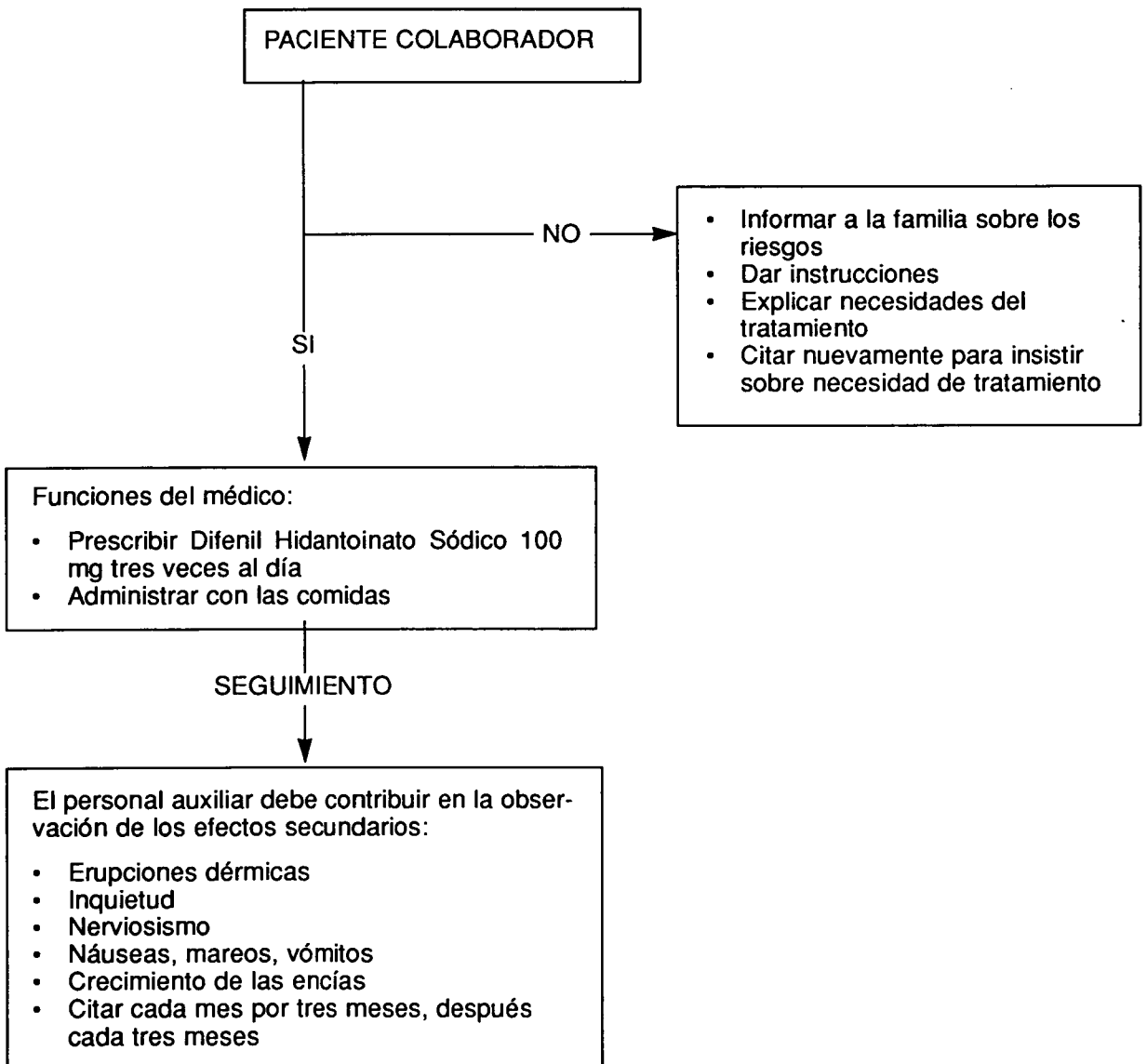
Funciones del TAP

DURANTE EL ATAQUE:

- Evitar daños físicos al paciente

PASADO EL ATAQUE:

- Tomar datos de la historia personal
- Aplicar principios de manejo como para angustia



ALCOHOLISMO

Se entiende por alcoholismo el trastorno que sufre una persona al ingerir licor con frecuencia y exceso, de tal forma que le puede ocasionar problemas de toda índole (por ejemplo, familiares, laborales, sociales, psicológicos, personales y físicos).

Identificación

En los servicios primarios de salud y para los fines de este Manual, se dice que una persona tiene alto riesgo de sufrir de alcoholismo si presenta uno o más de los siguientes síntomas:

- La ingestión de licor es tan notoria, que aquellas personas que la conocen la consideran como un problema.
- La persona ha querido dejar de beber pero no ha podido.
- Ha tenido dificultades en el trabajo o estudio a causa del licor.
- Ha tenido peleas o ha sido arrestada en estado de ebriedad.
- La misma persona reconoce que está tomando demasiado.

Estas son las cinco preguntas (24 a 28) que aparecen en el Cuestionario de Síntomas y cuyas respuestas afirmativas deben servir como una primera indicación de que es indispensable prestar atención al riesgo de alcoholismo que la persona en cuestión parece evidenciar.

Qué otros síntomas se deben buscar

Ciertos síntomas son característicos del alcoholismo más avanzado, por ejemplo, tomar licor al levantarse; tener accidentes por conducir un vehículo en estado de embriaguez; no recordar nada de lo ocurrido al día siguiente de haber bebido (laguna); sufrir temblores por las mañanas o ataques al dejar de tomar; tener alucinaciones auditivas o visuales (ver retiramiento).

En especial se deben buscar aquellos síntomas que indican daño físico. Los vómitos de sangre y la ictericia son problemas que se encuentran con alguna frecuencia entre los alcohólicos crónicos.

Como se trata de síntomas físicos, estos pacientes podrían llegar a la consulta general de un centro de salud o dispensario, no tanto a causa del alcoholismo sino por esas molestias físicas. En general, el envío a la institución de salud por motivos de alcoholismo la hace un familiar interesado, amigo o sacerdote, y rara vez el paciente mismo. Este envío se logra después de años, en los cuales tanto el paciente como los familiares hicieron caso omiso del problema; una crisis cualquiera lleva al paciente por primera vez al contacto médico y es aquí cuando el TAP puede intervenir en forma eficaz, demostrándole al paciente y sus familiares la importancia de un tratamiento para resolver el problema en cuestión (véase el Manejo).

Intoxicación aguda

La intoxicación aguda por alcohol es la denominación médica al estado de embriaguez. La persona que está "borracha", y tiene todos los signos y síntomas de ese estado, por ejemplo, descuida su apariencia, sus actos y movimientos son también descuidados, torpes o aun violentos; puede perder el equilibrio fácilmente; su lenguaje se torna confuso; le cuesta mucho articular las palabras; puede tomarse grosero, excesivamente confianzudo o francamente agresivo. En los estados más graves existe desorientación (no sabe dónde está, ignora la fecha y aun llega a tener dificultad en saber su nombre).

La intoxicación aguda por alcohol puede progresar y llegar al coma, lo cual constituye una emergencia médica; pero en la mayoría de casos mejora por sí sola. La persona finalmente se queda dormida para despertar horas después con evidentes signos de "resaca", tales como irritabilidad, dolor de cabeza, mareo, malestar general, sed intensa, etc.

Si la persona acude a la consulta en estas condiciones, es una excelente oportunidad para confirmar la sospecha de alcoholismo y lograr que el paciente y sus allegados tomen conciencia de la gravedad del problema.

Datos de la historia

En el caso de estos pacientes se prestará especial atención a la historia de su alcoholismo (meses o años de ingestión de licor, frecuencia, cantidad y tipo de licor, etc.), pero también es importante obtener la historia social, laboral y familiar del paciente, pues servirá para conocer las consecuencias que el alcoholismo ha tenido en su vida. La narración de la historia de la "enfermedad actual" debe hacerse siguiendo las instrucciones del capítulo correspondiente, especialmente en los que se refiere a los antecedentes personales y a la personalidad previa del paciente.

Debe ponerse particular atención en cuanto a la historia de los signos y síntomas de *retiramiento* (los indicios o signos que ocurren después de haberse suspendido la ingestión de licor por varias horas), por ejemplo:

Temblor en todo el cuerpo.

Alucinosis alcohólica, que se presenta 24 o más horas después de haberse suspendido la ingestión de alcohol y que se caracteriza por angustia marcada y alucinaciones predominantemente auditivas.

Las *convulsiones* generalizadas (ver capítulo correspondiente) también pueden ser señales de retiramiento alcohólico.

Finalmente, la forma más grave de retiramiento alcohólico está constituida por el *Delirium tremens*, caracterizado por agitación, temblor, confusión, sudor profundo y alucinaciones táctiles, generalmente de pequeños insectos que le tocan el cuerpo.

Una vez obtenida toda esta información, el TAP puede definir si realmente se trata o no de alcoholismo y comenzar ciertas acciones de manejo mientras el caso puede referirse o consultarse.

Manejo del alcoholismo agudo

Funciones del TAP

Cuando llegan estos casos a los servicios primarios, lo que interesa es saber manejar la intoxicación aguda por alcohol y el temblor debido al retiramiento y realizar la referencia de todos los demás casos.

Intoxicación aguda por alcohol. Como se mencionó anteriormente, la mejoría espontánea es lo más común. Se deben dar instrucciones a la familia para observar que el paciente respire adecuadamente; que no existan obstrucciones en la respiración y que no haya aspiración de vómito. Asimismo, debe observarse el estado de conciencia al dormir; si no fuera posible despertar al paciente, esto indicaría un estado más profundo de intoxicación y debe ser enviado de inmediato a un hospital general. El tratamiento de la "resaca" es sintomático (aspirinas, líquidos, antiácidos y reposo).

Temblor de retiramiento. Como se trata de una forma que frecuentemente mejora sin mayor tratamiento, todo lo que se requiere es observar cuidadosamente al paciente para ver si hay signos de empeoramiento. Se deben aplicar los principios de entrevista; en estos casos también pueden seguirse los principios de sedación como para el síntoma de agitación. Se debe escuchar al paciente con atención, sin interrumpirlo ni permitir que sea maltratado; no se debe permitir que haya gente a su alrededor y, en la medida de lo posible, se debe mantener al paciente en una habitación bien iluminada y tranquila.

Funciones del médico

Muy probablemente los procedimientos anteriores serán suficientes, pero si no fuera el caso, o bien si el paciente se mostrara muy inquieto o agitado, el médico podría recetar Diazepam® 10 mg, ampollas, I.M. 1 ó 2 veces al día.

Los casos de alucinosis y delirium deben ser referidos a un servicio médico para ser manejados por personal especializado.

Alcoholismo en su fase crónica

La recomendación más importante que el personal auxiliar puede hacer una vez que el paciente ha salido de su fase aguda, o si únicamente tiene oportunidad de entrar en contacto con el paciente en su fase crónica, es enviar al paciente al programa más cercano de Alcohólicos Anónimos (AA) u otros grupos de ex-bebedores. Los métodos utilizados por esos grupos constituyen un excelente tratamiento del alcoholismo crónico. Para que un paciente se integre a uno de estos programas no se requiere más que su aceptación del alcoholismo como un problema que desee mejorar. El TAP se encuentra en la excelente posición de estar cerca del paciente como para ganar su confianza, lograr que el paciente reconozca su problema de alcoholismo y gestionar una cita con AA.

Para aumentar la eficacia de esta recomendación, se sugiere que el TAP se familiarice previamente con estos programas.

Manejo del alcoholismo crónico

Funciones del TAP

Estado de embriaguez. Se debe esperar la mejoría espontánea; observar al paciente mientras duerme; mantenerle sus vías respiratorias libres; despertarlo cada 30 a 60 minutos. Si el paciente no reacciona y se teme que haya entrado en estado de coma, trasladarlo de emergencia al hospital más cercano.

Síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo crónico. El tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica debe hacerlo personal especializado al cual se enviará el paciente. Mientras esto se realice se procurará desintoxicar al paciente mediante:

- Supresión de toda bebida alcohólica
- Alimentación adecuada de vitaminas
- Administración abundante de líquidos
- Apoyo psicológico: escuchar sus problemas y discutir posibles soluciones
- Solicitar el respaldo de la familia

- Mandar al paciente a algún grupo de autoayuda, tal como Alcohólicos Anónimos

Síndrome de abstinencia. Cuando se presente un síndrome de abstinencia, sin complicaciones, el TAP debe prescribir el reposo del paciente en un lugar con buena iluminación, bien ventilado y libre de ruidos; alimentación balanceada, con líquidos en abundancia. Vigilar atentamente la aparición de complicaciones de la abstinencia, tales como *Delirium tremens* o alucinosis alcohólica.

Delirium tremens. Esta es una complicación grave que debe ser atendida rápidamente en el hospital adonde se traslade al paciente.

Alucinosis alcohólica. Debe enviarse el paciente al hospital.

Funciones del médico

Básicamente son las mismas del TAP. Puede administrarse además psicoterapia de apoyo, y tratar las complicaciones físicas que se presenten (gastritis, cirrosis, alteraciones audiovasculares). En el caso del síndrome de abstinencia con agitación, puede prescribir Diazepam (Valium) 10 mg por vía intramuscular, una o dos veces al día, mientras dure la agitación.

Evaluación de conocimientos sobre alcoholismo

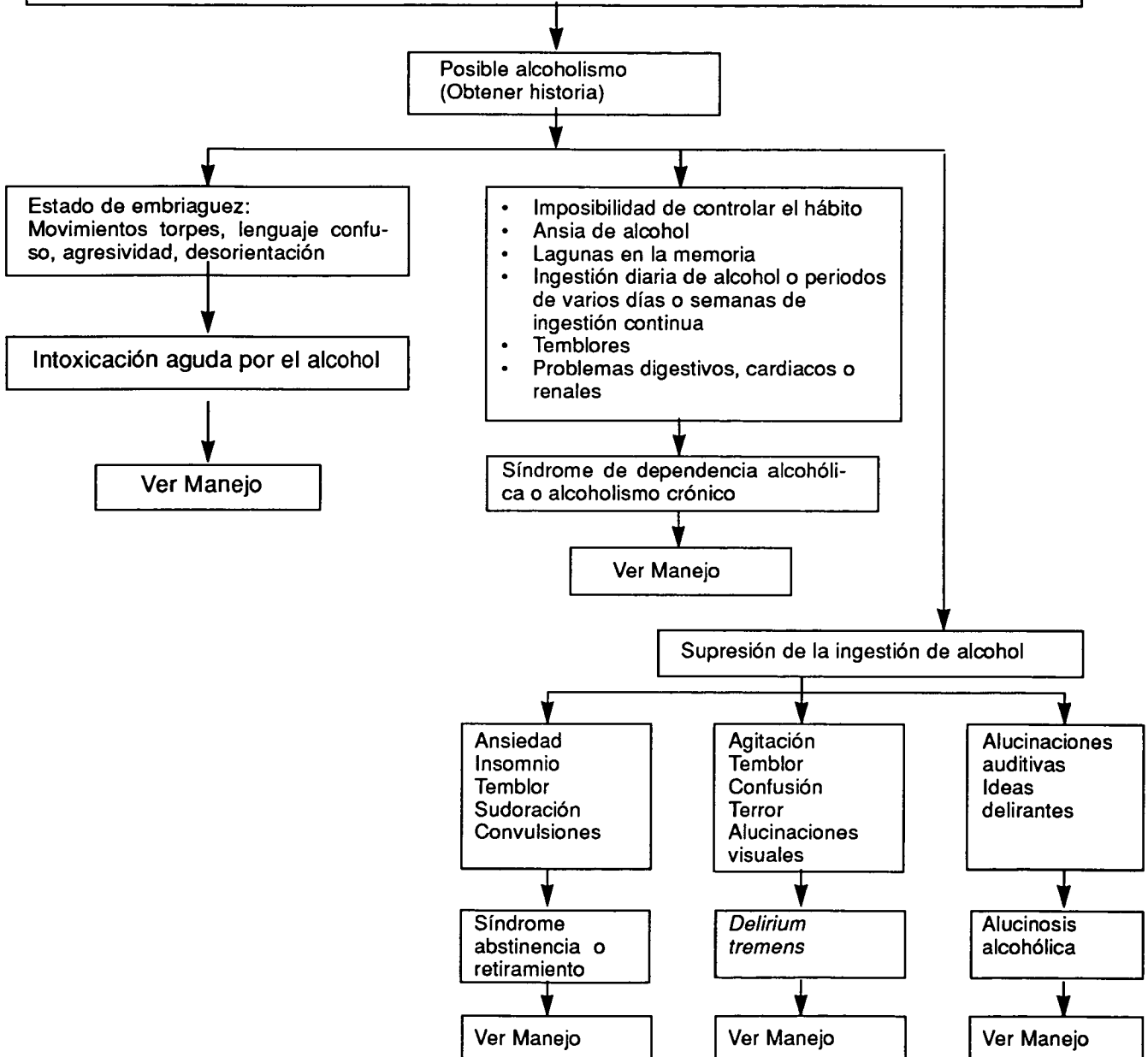
1. ¿Qué se entiende por alcoholismo?
2. ¿Cuáles síntomas deben estar presentes para sospechar que se trata de un caso con alto riesgo de alcoholismo?
3. ¿Qué debe usted hacer si hay síntomas marcados en el cuestionario que indican otros trastornos?
4. ¿Cuales otros síntomas pueden indicar un alcoholismo más avanzado?
5. ¿Cuál es la actitud más común que adoptan ante el alcoholismo el paciente o sus familiares?
6. ¿Cuáles son los síntomas de intoxicación aguda por alcohol?
7. Describa la alucinosis alcohólica.

ALCOHOLISMO

Identificación

El cuestionario indica la presencia de una o varias respuestas positivas a las preguntas 26 a 30. Además, pueden existir otros síntomas detectados según otras respuestas al cuestionario, tales como los correspondientes a depresión o angustia.

También es común observar otros síntomas físicos tales como ictericia, vómito de sangre, dolores debidos a neuritis, avitaminosis y señales de traumatismos.



8. Describa el *Delirium tremens*.
9. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que se presentan en el retiramiento alcohólico (abstinencia)
10. Describa el manejo de la intoxicación aguda por alcohol que aplica el personal auxiliar.
11. Describa el manejo del retiramiento del alcohol (abstinencia) que aplica el personal auxiliar.
12. ¿Cuáles son las funciones que corresponden al médico?
13. Describa el manejo que debe aplicarse en casos de alcoholismo crónico.

Los síndromes psiquiátricos más frecuentes en niños

Si bien los niños pueden sufrir de diversos trastornos mentales, la mayoría de ellos deben ser manejados por el especialista.

Para propósitos de lo que puede manejarse a nivel de los servicios de atención primaria se mencionan solamente la hiperactividad y la depresión. La razón es sencilla: se trata de dos trastornos de frecuente recurrencia, que pueden ser identificados a nivel de la atención primaria y cuyo desconocimiento y consecuente falta de una adecuada intervención puede entorpecer el desarrollo del niño.

HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad es un síndrome muy común; es probable que hasta uno de cada 5 niños en edad escolar la sufren. Es más frecuente en varones que en mujeres. Por lo general se acompaña de falta de atención. El niño que la sufre ha sido descrito como alguien que se mueve continuamente y no puede estarse quieto aun cuando esté en la mitad de una clase, cuando debe sentarse a la mesa para comer; es incapaz de disminuir o detener su

actividad cuando se le ordena, a menudo parece estar programado a velocidad máxima y con frecuencia se caracteriza por otros problemas del aprendizaje especialmente la atención y el comportamiento. Las posibilidades de identificar este problema dependen de la capacitación de los trabajadores primarios de la salud y especialmente de los profesores y padres de familia preparados para identificarlo tempranamente.

Cuadro clínico

La movilidad del niño hiperactivo no sólo es excesiva sino que con frecuencia no tiene propósito alguno. Está asociada con la dificultad para concentrarse (falta de atención); además, hay problemas de impulsividad.

Los síntomas de hiperactividad no se manifiestan siempre, ni en todas las circunstancias; entre las que los aumentan están el darles varias órdenes o exponerlo a muchos estímulos simultáneamente; entre los que lo disminuyen están el darle al niño una atención individual; o el estructurarle las situaciones en las cuales está participando.

Diagnóstico

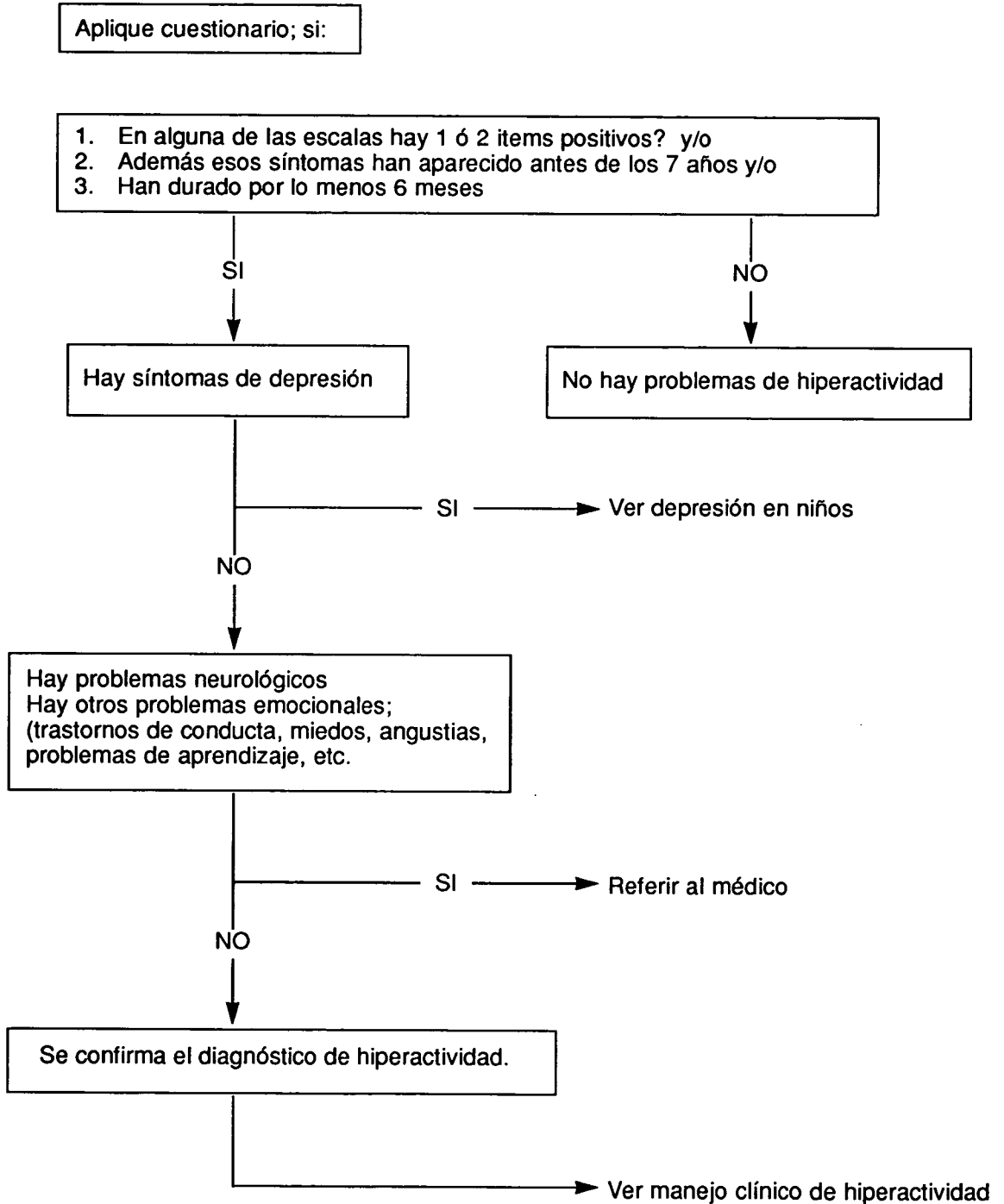
La hiperactividad se diagnostica a través del uso del cuestionario sobre hiperactividad para ser aplicado a los padres y/o educadores. Algunas de

estas preguntas solamente pueden ser contestadas por los padres, pero otras en asocio de los maestros y profesores. Las preguntas deben contestarse con un SI o un NO; el tipo de respuesta suministra criterios para hacer el diagnóstico.

	SI	NO
FALTA DE ATENCION		
1. Tiende el niño a dejar las cosas sin terminar, (por ejemplo sus tareas escolares).	_____	_____
2. Tiene el niño dificultades para fijar su atención en la escuela.	_____	_____
IMPULSIVIDAD		
1. Tiende el niño a meterse en problemas o resulta lesionado porque se mete en algo sin pensar en lo que pueda suceder.	_____	_____
2. Tiende el niño a apresurarse de una actividad a otra antes de terminar la primera.	_____	_____
3. Se mete el niño en problemas en la escuela porque habla cuando se supone que debe estar callado.	_____	_____
HIPERACTIVIDAD		
1. El niño se mueve permanentemente o actúa como si estuviera impulsado por un motor.	_____	_____
2. Tiene el niño dificultades para permanecer sentado en el colegio.	_____	_____
3. El niño se mueve excesivamente durante el sueño?	_____	_____

HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS

Flujograma Diagnóstico



El manejo clínico de la hiperactividad debe tener en cuenta los siguientes principios

1. Obtener por parte de padres y educadores una buena historia de su comportamiento.
2. Ayudar a los padres a discutir sus sentimientos de culpa, rabia e impaciencia con respecto al problema.
3. Suministrar ayuda y comprensión para que puedan entender los aspectos negativos y puedan hacer señalamientos positivos.
4. Se debe recordar que la acción terapéutica más importante no es sobre el niño, sino sobre las relaciones que el niño tiene con sus padres y maestros.
5. Tener una visión positiva y optimista acerca del futuro del niño mejora notablemente el pronóstico; se debe recordar que este trastorno mejora con la edad!
6. No desmoralizar al niño; las actitudes de rechazo desmoralizan al niño y por lo tanto empeoran el pronóstico.
7. Es necesario ayudar a los padres a estructurar el ambiente del niño hiperactividad; esto quiere decir que debe ayudársele a organizarse, por ejemplo para hacer sus tareas en un sitio tranquilo y sin distracciones.
8. Estos niños necesitan tener un tiempo fijo para sus comidas o para irse a dormir.
9. Deben evitarse las visitas de mucha gente así como las salidas de compras donde existen muchos estímulos.
10. Las instrucciones deben darse una por una, en forma ordenada y tranquila. Es indispensable obtener la atención del niño mientras se le están dando las instrucciones asegurándose que las esté escuchando cuando se le habla; se le puede pedir por ejemplo, que repita las instrucciones dadas por los padres para asegurar que les ha escuchado y entendido.
11. Conviene también mostrarle repetidamente las ventajas de esperar e ir más despacio.
12. Constituir grupos de padres de familia con niños hiperactivos para darse apoyo mutuo y

ofrecer consejos útiles que han servido para el manejo de esos comportamientos.

13. Hacer consultas entre el profesional y el colegio; los profesores deben entender que el niño no realiza el comportamiento hiperactivo a propósito; ni pretende molestar a nadie; sencillamente es algo que el no puede controlar. Se debe instruir a ese personal que los límites y la estructura son muy importantes; insistir por ejemplo en mantener al niño sentado en la parte delantera del salón de clase, cerca del profesor y lejos de los otros compañeros hiperactivos.

Todos los puntos anteriores deben intentarse durante cuatro a ocho semanas; si después de ese período no se ha obtenido ningún resultado, se debe referir el caso a un especialista para considerar otras medidas.

DEPRESIÓN EN NIÑOS

Durante años los expertos en el comportamiento humano tuvieron dudas acerca de la existencia de depresión en niños. Tal vez la incapacidad de los niños para expresar con claridad sus molestias y sus estados de ánimo hacía que no se identificara el trastorno y que el comportamiento inapropiado y cambiante que se observaba en estos niños fuera diagnosticado como un trastorno de la conducta, ansiedad, etc.

En las últimas décadas, se ha logrado cierta unificación en las opiniones de estos expertos para incluir en algunas clasificaciones de enfermedades la depresión en niños bajo las formas: aguda, crónica y enmascarada.

La forma aguda se distingue por tener algún trauma doloroso (accidente, separación o pérdida, etc.) cercano al cambio observado en el niño. *La crónica* no muestra ninguna causa aparente, pero sí un deterioro progresivo del niño en su ambiente familiar, social y escolar. *La forma enmascarada*, como su nombre lo indica, se presenta con comportamientos menos relacionados con los sentimientos visibles de tristeza y más relacionada con agresividad, hiperactividad u otros.

Cuadro clínico

Las formas de depresión aguda y crónica se asemejan al cuadro depresivo de los adultos. Estos incluyen los síntomas de tristeza, aislamiento, alteraciones en el sueño y el apetito, decaimiento y falta de interés y concentración, acompañada de desesperanza y baja autoestima.

En la forma enmascarada, sin embargo, los síntomas anteriores pueden no estar presentes y lo que se observa es un comportamiento de irritabilidad, agresividad contra todo, hiperactividad y aparente desinterés por todo. Esta forma de depresión en niños es la más difícil de diagnosticar, pero se presenta con relativa frecuencia y ni los padres, ni los maestros, ni los mismos niños se dan cuenta del problema.

Siempre que se presente una depresión en

niños, se verá afectado también su funcionamiento en casa con sus padres y con frecuencia en la escuela.

Es necesario explorar la presencia de ciertas situaciones que predisponen a la presentación de depresión en niños; estos son:

1. Separaciones
2. Rechazos
3. Pérdidas súbitas
4. Trastornos depresivos en padres o familiares cercanos
5. Enfermedad física severa o incapacitante.

Las siguientes preguntas del cuestionario sirven para identificar el riesgo que tiene un niño de sufrir una depresión:

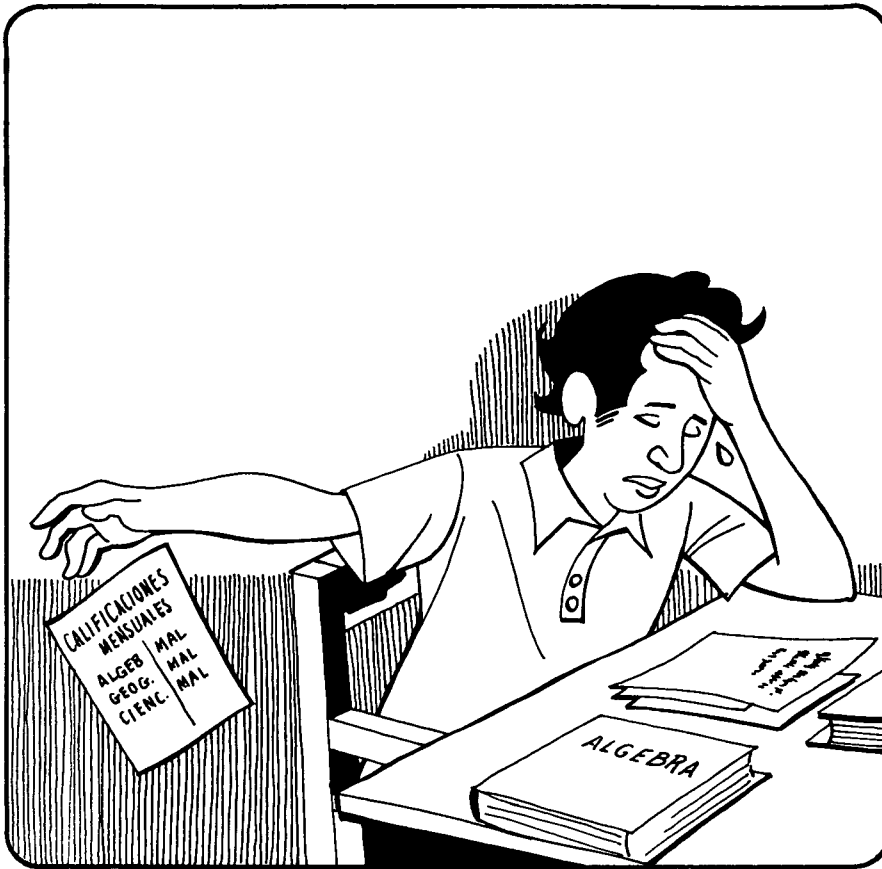
Cuestionario

	SI	NO
1. Mal rendimiento académico*	_____	_____
2. Aislamiento social*	_____	_____
3. Dificultades familiares*	_____	_____
4. Síntomas somáticos*	_____	_____
5. Dificultades en la concentración*	_____	_____
6. Conductas agresivas, irritabilidad marcada*	_____	_____
7. Tristeza	_____	_____
8. Pérdida de la energía	_____	_____
9. Pérdida del interés por las cosas	_____	_____
10. Desesperanza	_____	_____
11. Lentitud de movimientos	_____	_____
12. Alteración del apetito (disminución o aumento)	_____	_____
13. Alteraciones del sueño (principalmente insomnio)	_____	_____
14. Pobre autoestima	_____	_____
15. Ideas o actos suicidas**	_____	_____
16. Hiperactividad	_____	_____

El cuestionario gráfico para depresión en niños permitirá aclarar algunos de estos síntomas.

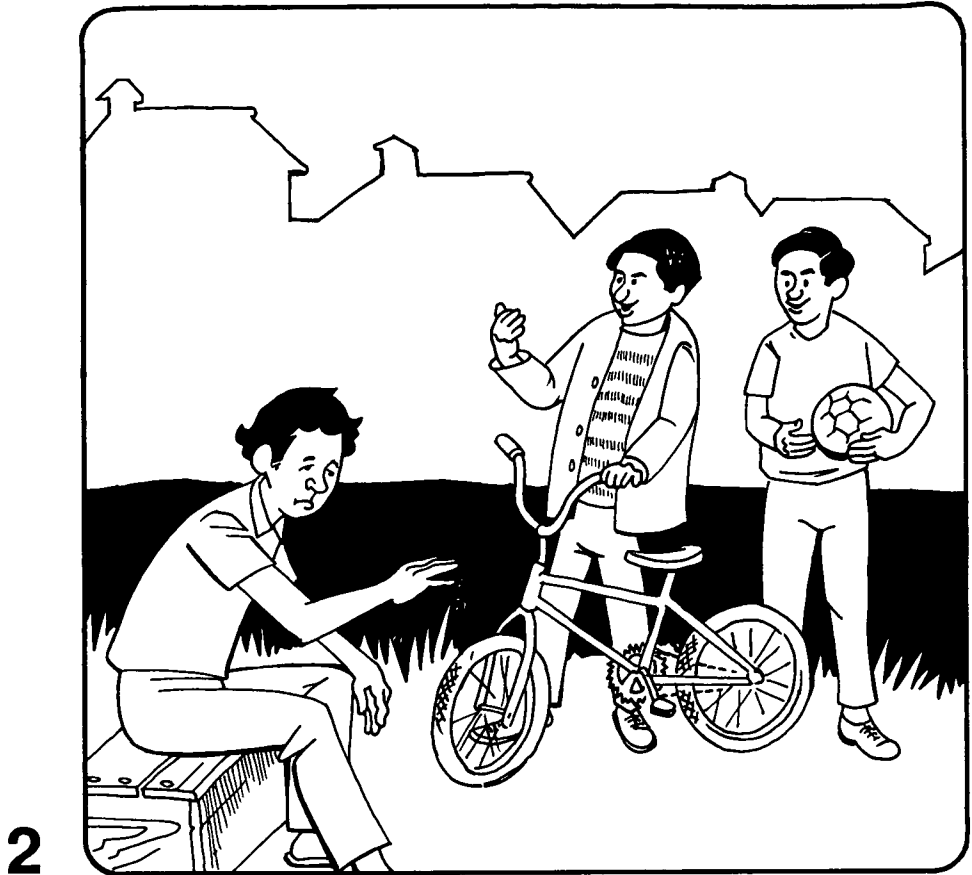
* Manifestaciones más comunes de depresión en adolescentes.

** Uno solo de estos síntomas, sugiere una consulta con el especialista.



Mal rendimiento académico

Mal rendimiento académico: Se establece paulatinamente, lo que hace difícil asociarlo con síntomas depresivos.



Aislamiento social*

Aislamiento social: El joven empieza a retirarse de sus compañeros; se encierra, se vuelve inaccesible; crea disculpas para no salir; rehusa pasar al teléfono; sistemáticamente se hace negar y por muchos esfuerzos que se hagan, nada modifica esta situación. Su hostilidad termina por alienarlo aun hasta de sus más fieles y queridos amigos.



3

Dificultades familiares*

Dificultades familiares: El adolescente se vuelve inaccesible; no se logra determinar lo que le pasa por la mente; se rompe la comunicación y permanentemente hay razones para disgustos entre él y su familia. El aislamiento social se extiende al círculo familiar y no hay manera de modificar la situación a pesar de los esfuerzos de toda la familia.



Síntomas somáticos*

Síntomas somáticos: Los síntomas somáticos (físicos) son variadísimos, hay: dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, dolores múltiples, etc. Estas son sólo algunas de las manifestaciones de la depresión, las cuales generalmente no muestran resultados positivos a ninguno de los exámenes físicos o de laboratorio.

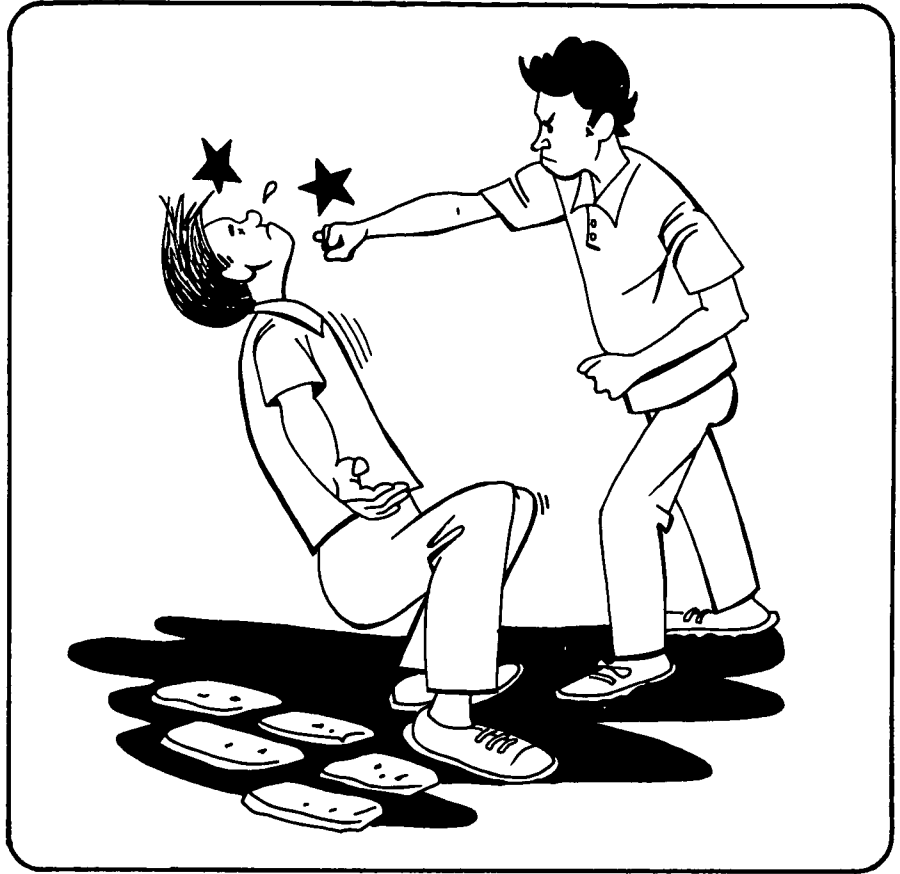


5

Dificultades en la concentración*

Desatención, estado de ensimismamiento: El adolescente deprimido se envuelve en sus propias fantasías y en consecuencia se le ve distraído, no presta atención, no se puede concentrar en nada de lo que hace, no atiende a las instrucciones y ello contribuye al aislamiento y a las dificultades académicas.

6



Conductas agresivas*

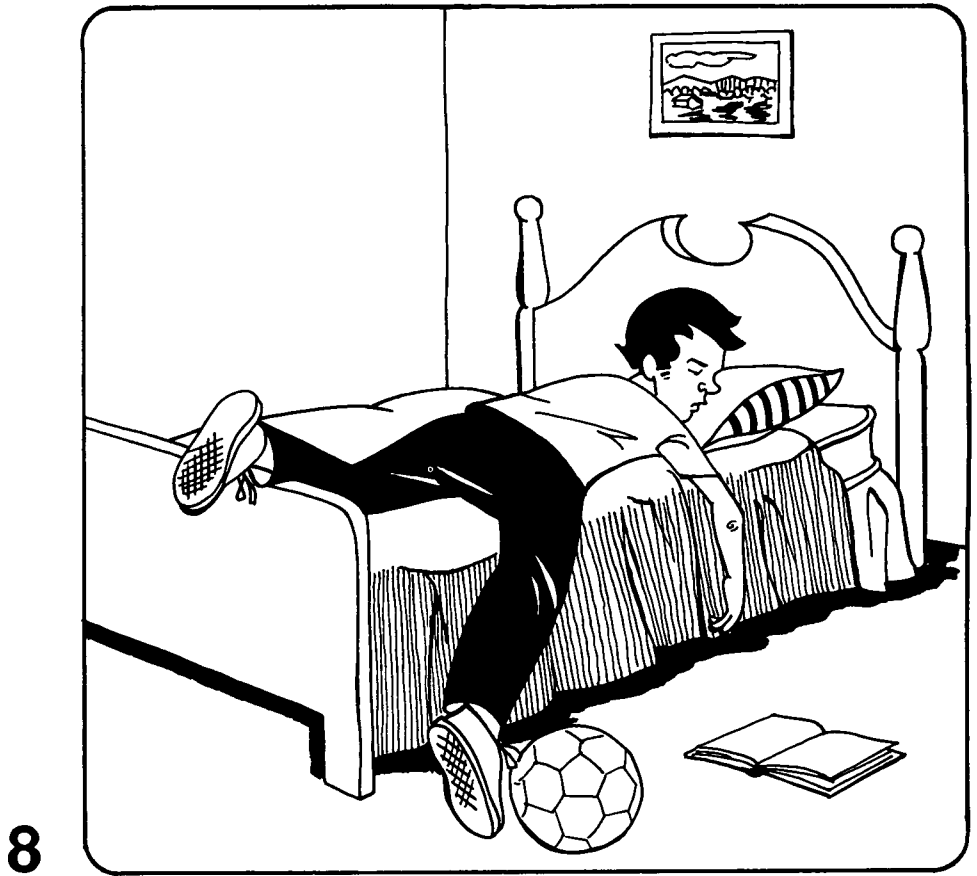
Las conductas agresivas y la hiperactividad: También pueden ser manifestación de un problema emocional.



7

Tristeza

Tristeza: Sensaciones de pesadumbre, pesimismo y negativismo, la gran mayoría de las veces completamente inexplicables.



Pérdida de la energía

Pérdida de energía: Disminución o pérdida de energías; la persona se cansa con facilidad y el menor obstáculo representa un gran esfuerzo.



9

Pérdida del interés y el placer por las cosas

Pérdida de interés y placer por las cosas: En esta situación, todo aquello que antes le divertía ya no le llama la atención.



10

Desesperanza

Desesperanza: La persona piensa que su vida no tiene futuro y que los problemas no se van a solucionar nunca.



11

Lentitud de movimientos

Lentitud en los movimientos: La persona siente que sus movimientos son más lentos de lo usual, lo cual puede o no corresponder a la realidad; ésto puede ir asociado a una sensación de que sus pensamientos van más lentos de lo normal.

12



Alteraciones del apetito

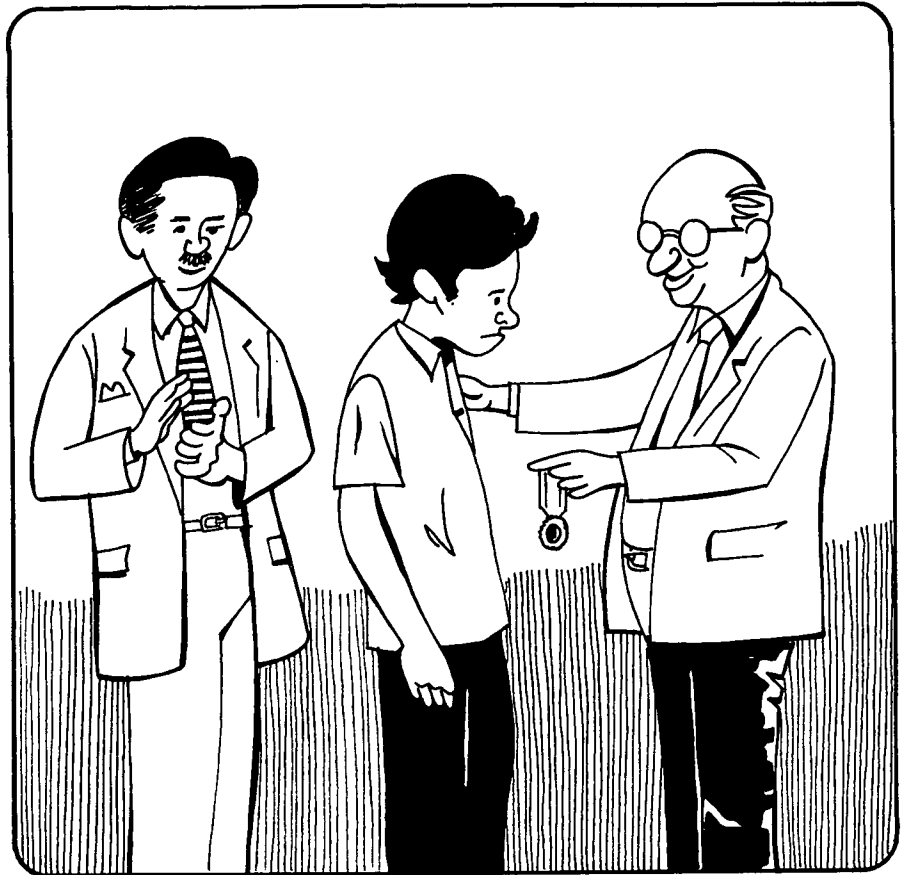
Alteraciones del apetito: Aumento o disminución.



13

Alteraciones del sueño

Alteraciones del sueño: La persona experimenta dificultades para dormir ya sea porque no se queda dormido sino hasta muy tarde; o se despierta muchas veces en la noche; se despierta muy temprano y no se puede volver a dormir.



14

Pobre autoestima

Pobre autoestima: Es un sentimiento de inferioridad que no corresponde a la realidad, ni se modifica por los reconocimientos que se le hacen.



15

Ideas suicidas o actos suicidas**

Ideas o actos suicidas: La persona piensa en la muerte en términos abstractos; ha pensado en quitarse la vida; o, ha intentado quitarse la vida.

Hiperactividad

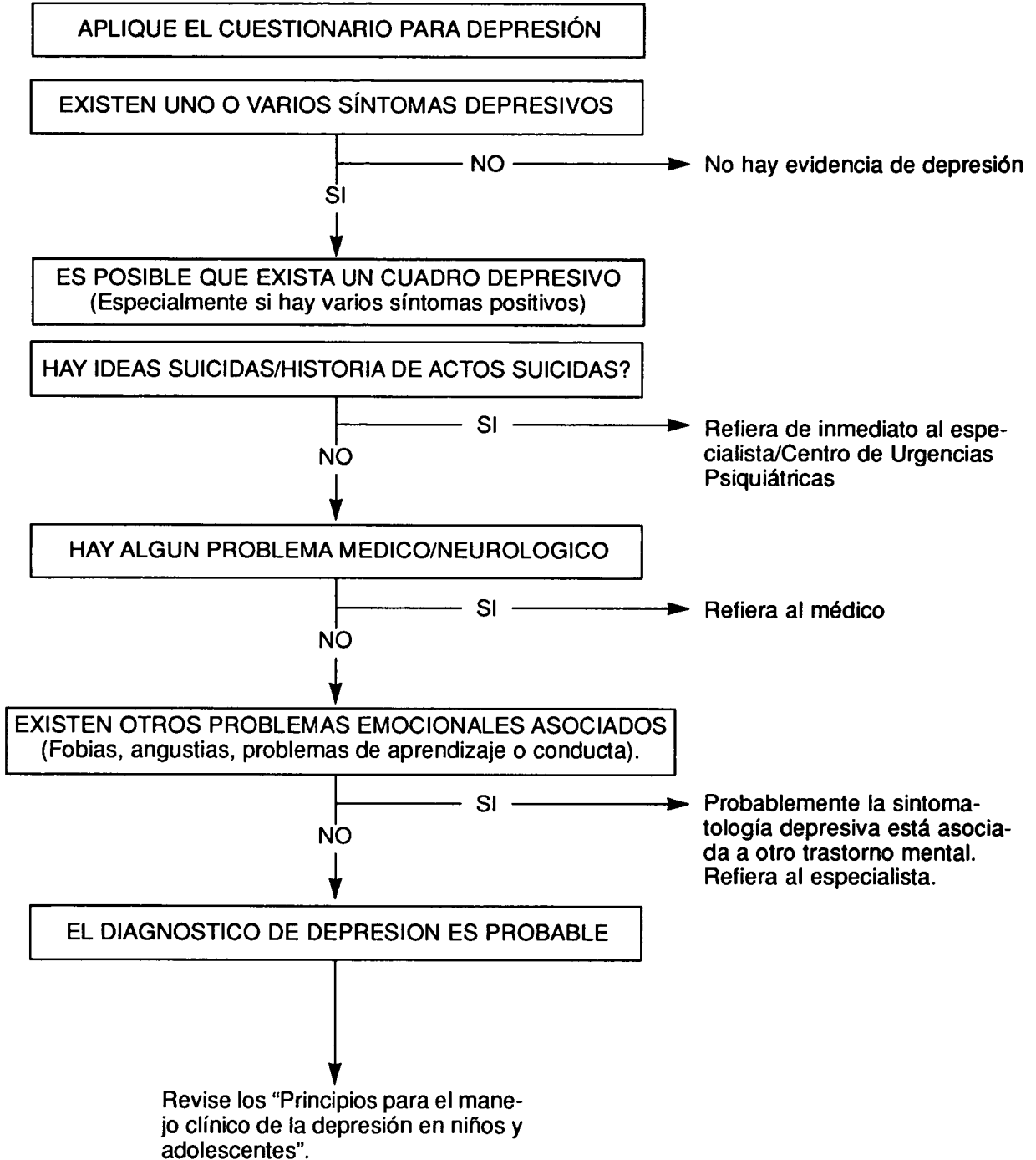


16

Interrumpe la clase (en el colegio)

DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Flujograma Diagnóstico



Principios para el manejo clínico de la depresión en niños y adolescentes

A través del uso del flujograma diagnóstico se ha llegado a identificar con algún grado de certeza si el niño o adolescente están deprimidos.

La confirmación del diagnóstico debe hacerla un especialista, sin embargo, hay ciertas medidas que se pueden tomar a nivel de los servicios primarios de salud mientras se logre realizar la referencia definitiva.

1. Entrevista

A través de una entrevista que se programe con la familia del niño o adolescente los síntomas positivos se pueden confirmar. Una charla en privado con los padres y/o adultos responsables permitiría aclarar la situación. Se puede aprovechar esta oportunidad para elaborar una historia completa de la enfermedad actual y naturalmente hablar con el paciente; escucharlo con atención, sin criticarlo. Es muy posible que de esta entrevista con el paciente, no se logre una aceptación por parte del paciente de la sintomatología depresiva, pero eso no debe sorprender ni confundir al entrevistador pues precisamente el negar la enfermedad o minimizar los síntomas, es parte de la misma patología.

2. Ayuda a los padres para entender el problema

Los síntomas de depresión muchas veces pasan desapercibidos por meses y años y se pueden confundir con "pereza", problemas de conducta", etc.

Es importante que el personal de los servicios primarios de salud puedan aclararle a los padres que el niño tiene una enfermedad como cualquier otra; que se trata de algo que el niño no hace a propósito, "por molestar"; que el niño, así no lo diga, está sufriendo mucho y que esa enfermedad se llama DEPRESION que se trata de algo con un pronóstico bueno si se la trata y que si no se le da tratamiento, la posibilidad de mejoría es muy

escasa. La información debe ser presentada en forma optimista y constructiva. No se debe regañar ni al paciente ni a sus familiares; pero se debe insistir que del adecuado y pronto tratamiento depende la vida de ese niño o adolescente.

3. Tratamiento de la depresión

Dependiendo de la severidad, el tratamiento puede hacerlo el médico general o el especialista. El tratamiento tiene varios componentes:

3.1 Apoyo

Es la forma más sencilla pero también más común de "psicoterapia". El simple "escuchar" con interés a un paciente abre las puertas para la comunicación; el paciente siente que hay alguien interesado en él; a la familia se le descubre un velo sobre la problemática; esto hace que pueda enfrentarse a "algo" que tenían pues ignoraban lo mucho que se podría hacer al respecto. El apoyo puede extenderse por una a varias sesiones hasta ver cómo reacciona el paciente. Las sesiones pueden ser con el paciente y los familiares. Las charlas individuales con el paciente son también útiles.

3.2 Psicofármacos

Los psicofármacos utilizados para combatir la depresión son los antidepresivos. Estos productos debe utilizarlos solamente el médico y se mencionan aquí como simple información, pues se trata de fármacos potentes con posibilidad de producir efectos secundarios y su uso en niños es complicado. Dos de los productos más conocidos y efectivos son la Imipramina (Tofranil ®) o la Amitriptilina (Tryptanol ®).

3.3 La sola entrevista médica y el comprender la naturaleza del problema

dentro de un marco positivo y optimista, es altamente terapéutico y le pone fin a un proceso de temor que probablemente tiene meses o años de evolución. Ha sido probablemente un “secreto a voces”, pues todos sabían que algo andaba mal pero nadie se atrevía a enfrentar la realidad.

3.4 Seguimiento

Una vez que el médico ha iniciado un tratamiento farmacológico, lo fundamental es que el paciente no lo abandone. El papel del personal de atención primaria que sabe de donde proviene el paciente, es asegurar que él y su familia le prestan la necesaria atención y sigan adecuadamente las instrucciones médicas.

El abandono prematuro del tratamiento puede conducir a una recaída.

4. Exploración sobre ideas suicidas

Siempre debe preguntarse abiertamente sobre “ideas o pensamientos: “de muerte”, “querer morir”, “desear morir”, “pensar en quitarse la vida”, o “intentos de quitarse la vida”; si las preguntas se hacen en este orden, en forma gradual,

se puede llegar a una información fidedigna sobre la posibilidad de riesgo. Es sorprendente como las personas que tienen estas ideas, son capaces de guardarlas para sí mismos por mucho tiempo, lo cual incrementa el riesgo de suicidio; pero cuando se les da a estos pacientes la oportunidad de hablar de esos pensamientos sienten un alivio, pues es un tormento que ahora pueden compartir con alguien. Tal acción no solamente disminuye el riesgo de suicidio, sino que asegura una oportuna y adecuada remisión al especialista. Si se identifica algún tipo de riesgo debe hacerse la remisión.

5. Remisión al especialista/centro de urgencias psiquiátricas

Por ser el riesgo suicida el más grave de los problemas médicos, es obligatorio hacer una referencia al especialista en una forma pronta, segura y efectiva. Se debe reunir a la familia o por lo menos a los adultos responsables, informarles del riesgo, dejarlo consignado por escrito en la historia clínica, hablarle con claridad al paciente, facilitar el contacto con el especialista, en caso de no existir uno a la mano, el paciente debe ser llevado por los padres y/o adultos a un centro especializado en psiquiatría con una nota remisoria clara.

Farmacodependencia

Drogas y alcohol: Problemas para la salud y su manejo

*Dr. Alberto Minoletti
Dr. Alfredo Pemjean
Ministerio de Salud - Chile*

Los problemas asociados al consumo indebido de drogas y alcohol están aumentando en muchos países, especialmente en la población joven, conllevando múltiples repercusiones adversas para el bienestar biopsicosocial de los individuos, las familias y los grupos sociales. Esto implica una responsabilidad creciente para el trabajador de salud, el que se ve demandado cada vez con mayor frecuencia por personas cuyos problemas de salud son consecuencias del abuso de drogas y alcohol, por familias cuyo funcionamiento se vuelve disfuncional en relación con el consumo de estas sustancias de parte de uno o varios de sus miembros, y por comunidades que se sienten alarmadas por las perturbaciones conductuales de los individuos o grupos en estados de intoxicación o dependencia a ellas.

Afortunadamente, en los últimos años se ha producido un avance significativo en el conocimiento sobre los factores involucrados en las conductas de uso de alcohol y drogas y en la eficacia de los métodos para modificarlas, a través de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención específica del abuso de estas sustancias, el tratamiento temprano y la rehabilitación. Es así como el trabajador de salud dispone en el momento actual de una gama amplia de formas de intervención con individuos, familias y grupos sociales, las cuales pueden incorporar en su repertorio técnico a través de un proceso de capacitación continua.

1. Clasificación del consumo de drogas y alcohol

En el cuadro No.1 se muestra en forma esquemática una clasificación del consumo de estas sustancias basado en sus efectos en la salud de las personas y considerando los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). En este cuadro también se señalan las principales formas de intervención que pueden realizar los trabajadores de salud en cada tipo de consumo, lo cual será descrito más adelante en este capítulo.

1.1 Consumo responsable

Es el tipo de consumo que se debe promover por tener consecuencias adversas para la salud de la población. Incluye exclusivamente el uso de sustancias que son consideradas lícitas (alcohol, tranquilizantes con indicación médica, hoja de coca en algunos países), en cantidad y frecuencia que no perturbe el funcionamiento habitual de las personas y que no contribuya a producir o agravar enfermedades.

1.2 Consumo con riesgo

En el caso de las sustancias lícitas, se sobrepasan los límites de cantidad y frecuencia

que recomienda la autoridad sanitaria y/o el patrón cultural de la comunidad en que vive el sujeto. En el caso de las bebidas alcohólicas, la investigación científica ha determinado un límite máximo de 4 unidades diarias para el hombre y de 3 para la mujer, con un máximo de 12 unidades por semana. Se entiende por una unidad a un vaso pequeño (35 ml) de licor de alrededor de 40 grados, un vaso (125 ml) de vino de 10 a 12 grados, y una botella pequeña (300 ml) de cerveza de 4 a 5 grados.

Para las sustancias ilícitas, cualquier nivel de consumo es considerado riesgoso debido a las implicancias sociales y legales que representa.

1.3 Consumo perjudicial

Esta forma de consumo ha llegado a afectar la salud física y/o mental del individuo. Algunos ejemplos de enfermedades producidas por estas sustancias son: desnutrición, daño orgánico cerebral, hipertensión arterial, enfermedades hepáticas, traumatismos, depresión ansiedad, psicosis,

etc. Además, es frecuente que esta forma de consumo se asocie con consecuencias familiares y sociales negativas, como es el caso de rupturas matrimoniales, detenciones, despidos laborales, entre otras.

1.4 Consumo con dependencia

Corresponde a lo que habitualmente se denomina adicción, y comprende un conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales, emocionales y cognitivas. Aquí la apetencia por una droga o alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor aún que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La característica central de la dependencia es el deseo fuerte, y a veces insuperable, de ingerir una sustancia. La recaída en el consumo después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida de sus síntomas de lo que sucede en personas no dependientes.

Cuadro No 1: Clasificación del consumo de drogas y alcohol

Tipo de consumo	Características	Intervención
CONSUMO RESPONSABLE	<ul style="list-style-type: none"> • solo de sustancias lícitas • sin alteración de funciones sociales • sin afectar la salud • no durante el embarazo • con control de la cantidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1) PROMOCION (reforzar estilos de vida saludables) 2) PREVENCION (reforzar factores protectores, por ejemplo: autoestima estilo de vida saludable, asertividad redes sociales, familia)
CONSUMO CON RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • sobre límite recomendable • criticado por terceros • incluyendo sustancias ilícitas • afectando familia o trabajo 	<ol style="list-style-type: none"> 3) PREVENCION (disminuir factores de riesgo, por ejemplo: creencias y normas culturales, presión social, problemas emocionales) 4) TRATAMIENTO (desarrollar habilidades sociales)
CONSUMO PERJUDICIAL (CON DAÑO ASOCIADO)	<ul style="list-style-type: none"> • se llega a afectar la salud física • afectando salud mental • afectando función social de la persona 	<ol style="list-style-type: none"> 5) TRATAMIENTO (recuperar salud biopsicosocial) 6) REHABILITACION (recuperar funciones)
CONSUMO CON DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • deseo intenso de consumir • menor poder de control sobre el consumo • síntomas de abstinencia • mayor tolerancia a efectos • abandono de actividades • consumo a pesar del daño biosicosocial 	<ol style="list-style-type: none"> 7) REHABILITACION (aprender estilo de vida sin uso de alcohol ni drogas) 8) REINSERCION (en la familia, trabajo, comunidad)

2. Tipos de sustancias que son objeto de abuso

Los tipos de drogas y de bebidas alcohólicas y la forma como se consumen son variables según los distintos países, comunidades y grupos sociales, y también suelen cambiar a lo largo del tiempo de acuerdo a las modas imperantes y a las posibilidades de acceso a ellas. En el cuadro No.2 se presenta una clasificación simplificada de las sustancias de abuso, con un resumen de sus

principales efectos durante el estado de intoxicación.

Es recomendable que el trabajador de salud se familiarice con las drogas y bebidas alcohólicas que se consumen con mayor frecuencia en su comunidad, las formas y rutas preferidas de ingestión, los valores y normas sociales asociadas, el costo y la forma de acceder a ellas, etc., con el fin de comprender mejor a las personas con las cuales realiza acciones preventivas y terapéuticas.

Cuadro No 2: Tipos de sustancias que son objeto de abuso

Tipo de sustancia	Ejemplos	Efectos
DEPRESORES	alcohol, tranquilizantes hipnóticos, barbitúricos	relajación agradable, somnolencia, desinhibición, alteración de coordinación motora
ESTIMULANTES	cocaína, pasta base (bazuco), crack, anfetaminas	euforia, sentimientos de energía y confianza, reducción del apetito y del sueño
CANNABIS	marihuana, hashish, ganja, bang	relajación, risa, distorsiones perceptuales, alteración de coordinación motora, sueño
SOLVENTES VOLATILES	pegamentos (tolueno), diluyentes de pintura, lacas	excitación, desinhibición, confusión, fantasías, alucinaciones, reflejos enlentecidos
OPIACEOS	opio, morfina, heroína, codeína metadona	alivio de dolor, euforia, relajación, actitud distanciada y ensoñadora
ALUCINOGENOS	LSD, mescalina, peyote, hongos, PCP (fenilciclidina)	deformaciones de percepciones, alucinaciones, confusión, sensación de pánico.

3. Diagnóstico precoz de los problemas de drogas y alcohol

Es necesario mantener un monitoreo constante de los problemas de alcohol y drogas, tanto a nivel individual, como familiar y comunitario, debido a la naturaleza cambiante de este fenómeno dentro de cada persona y grupo social, y a su tendencia a diseminarse en forma epidémica en distintas regiones geográficas. Por otra parte, las implicancias de represión legal y de consumo obligan a que este monitoreo se realice proactivamente, con técnicas apropiadas que aseguren la confidencialidad y confiabilidad de la información, junto con facilitar una relación empática y de mutua colaboración con las personas y organizaciones sociales.

3.1 Diagnóstico individual

3.1.1 Entrevista

La mayoría de los pacientes que acuden a un centro de salud debido a problemas de drogas o alcohol, tienden a negarlos o minimizarlos en una primera entrevista, utilizando defensas psicológicas concientes e inconcientes. El agente de salud debe tratar de mantener una actitud de acogida y respeto, evitando enfrentamientos y actitudes autoritarias, y aceptando los sentimientos del paciente. Esto significa que en muchas ocasiones no es conveniente entrar directamente en el tema del abuso de sustancias, y en cambio se debe dedicar tiempo a conversar sobre otros problemas que tienen un alto significado emocional para él.

Una vez que el trabajador de salud haya logrado que el paciente deje de sentirse amenazado en la situación de entrevista, puede introducir progresivamente el tema del abuso de sustancia, comenzando por aquellas socialmente más aceptables, como el alcohol y el tabaco, y poniendo mayor énfasis en

las consecuencias adversas para la persona que en la cantidad y frecuencia con que se usan. Ejemplos de preguntas para la primera entrevista:

- ¿Ha habido problemas entre Ud. y su esposa a causa del alcohol (u otra droga)?
- ¿Hay ocasiones en que se siente mal si no tiene a mano alcohol (u otra droga)?
- ¿El consumo de alcohol (u otra droga) le echa a perder su estado físico?
- ¿Lamenta a veces haber dicho o hecho ciertas cosas cuando había usado alcohol (u otra droga)?
- ¿Le ocurre en algunas ocasiones que termina consumiendo más alcohol (u otra droga) de lo que pensaba?

3.1.2 Autodiagnóstico

A través de campañas educativas y la utilización de cuestionarios autoadministrados (como por ejemplo el CAGE, el EBBA, etc.) se puede lograr que las propias personas lleguen a admitir que presentan problemas por su forma de consumir drogas o alcohol, y decidan solicitar ayuda para modificar su conducta. La ventaja del autodiagnóstico es que selecciona a aquellos pacientes con una mayor motivación para el cambio, refuerza el compromiso de la persona con su salud, y promueve el desarrollo de sus propios recursos y potencialidades. ¡Puede ser muy gratificante para el trabajador de salud ver los logros que alcanzan estos pacientes!

3.1.3 Examen de salud

Muchas personas que abusan de drogas y alcohol acuden a centros de salud solicitando ayuda por otros problemas médicos o sociales. El trabajador de salud debe estar alerta para reconocer estas presentaciones indirectas y contribuir a diagnosticar la relación con el consumo de sustancias. Los problemas

que se mencionan a continuación deben hacer pensar en una posible asociación con drogas y alcohol:

- trastornos digestivos recurrentes o crónicos (por ejemplo, náuseas, vómitos, diarreas, alteraciones hepáticas, hemorragia digestiva);
- pérdida de peso y/o deterioro de la presentación personal, higiene y/o estado nutricional;
- historia de traumatismos (caídas, accidentes del tránsito, lesiones en riñas) o signos físicos de ellos (cicatrices, hematomas);
- sobredosis de drogas (intoxicación accidental o intento de suicidio)
- problemas de salud mental (por ejemplo, insomnio, ansiedad, depresión, cambios de personalidad, irritabilidad, conducta violenta);
- dificultades o separaciones en la relación de pareja;
- conflictos financieros o laborales (por ejemplo, atrasos, ausentismo repetido, cambios frecuentes de lugar o tipo de trabajo, accidentes);
- problemas legales (por ejemplo, infracciones del tránsito, conducción vehicular en estado de embriaguez, detenciones)

3.2 Diagnóstico familia

Es útil entrevistar a los miembros más directos de la familia del paciente, en especial el cónyuge o pareja, tanto en conjunto con éste como por separado, con el fin de obtener información complementaria y motivar a la familia para que apoye y participe en el proceso de rehabilitación. El trabajador de salud debe animar a los miembros de la familia para que cuenten su propia historia, describiendo los efectos del abuso de sustancias en el paciente y en ellos mismos, y el tipo de ayuda que ellos esperan.

Aunque muchas familias exponen el problema de drogas o alcohol voluntariamente y en forma directa, algunas prefieran mantenerlo oculto y soportar la tensión que ello significa, ya sea

por lealtad hacia el miembro enfermo o por temor de represalias. El trabajador de salud debe explorar la posibilidad de este problema en aquellas familias que presenten algunos de los siguientes indicadores:

- discordias conyugales o separación
- descuido de la salud y protección de los hijos
- deterioro del rendimiento escolar de los hijos
- hijos con trastornos conductuales o delictuales
- violencia intrafamiliar (contra cónyuge o hijos)
- problemas económicos no concordantes con el tipo de ocupación
- historia de abuso de sustancias en otros miembros

3.3 Diagnóstico comunitario

Es necesario que el trabajador de salud conozca la magnitud y las características del problema del abuso de alcohol y drogas en la comunidad con la cual trabaja. Muchas causas de enfermedad y muerte pueden estar relacionadas con este problema y requerirán que el centro de salud dedique una proporción adecuada de sus programas y recursos. De igual manera, la identificación en la comunidad de factores que aumentan el riesgo de consumir sustancia y factores que tienden a disminuirlo, contribuye significativamente a aumentar la eficacia de las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Las principales preguntas que se plantean aquí son:

- ¿en esta comunidad a quiénes afecta preferentemente el uso de alcohol y drogas?
- ¿a qué edad se inicia generalmente el consumo?
- ¿qué sustancias se consumen con mayor frecuencia?
- ¿cómo afecta el consumo a las personas y a la vida de la comunidad?

- ¿cuáles son los principales factores que aumentan o disminuyen el riesgo de consumir?
- ¿con qué recursos se cuenta para enfrentar el problema?
- ¿qué se ha hecho antes para solucionarlo?
- ¿qué otros recursos se pueden conseguir?

Es recomendable que el diagnóstico comunitario sea participativo, de modo que los trabajadores de salud, en conjunto con la comunidad, recojan y compartan la información. Los datos estadísticos y epidemiológicos del centro de salud y de otras fuentes se confrontan y enriquecen con la visión que tiene la comunidad. De esta confrontación puede surgir un consenso fácil o se puede requerir un proceso de negociación, que permita tener un diagnóstico y plan de trabajo común.

Para facilitar el desarrollo del diagnóstico participativo pueden efectuarse distintas actividades: reuniones, asambleas, jornadas. Durante ellas se utilizan técnicas de animación grupal, tales como trabajo en grupos pequeños, lluvia de ideas, dramatizaciones de situaciones, sociodrama, entre otras. Esta metodología facilita que los distintos miembros de la comunidad pueden expresar con mayor libertad su percepción sobre los problemas de alcohol y drogas, ya que al igual que en el caso de los diagnósticos individual y familiar, algunas comunidades tienden a ocultar este fenómeno.

4. Ayuda a personas con problemas de drogas y/o alcohol

4.1 Entrevista motivacional

Para que una persona decida modificar su forma de consumo de alcohol u otras drogas es necesario que se sienta motivado para ello. Habitualmente se observa mayor motivación, para que él deje de consumir o modere, de parte de las personas que lo rodean, tal como esposa, hijos, jefes, trabajador de salud u otros. La presión que ellos ejercen muchas veces no encuentra

la respuesta esperada, e incluso puede tener el efecto opuesto, frenando el interés del propio sujeto por el cambio.

¿Qué motiva a una persona a tomar una determinación para disminuir su consumo y para iniciar alguna acción? Cada persona tiene sus razones particulares, de acuerdo a su forma de ser, sus propias experiencias con el alcohol y las drogas, las situaciones en las que consume, las personas que lo acompañan, y el tipo de droga que usa. De igual manera, también presenta razones para cambiar que se relacionan indirectamente con el consumo, como es el caso de su estilo de vida, sus relaciones familiares, su realización en el trabajo, su forma de inserción social, y sus creencias ideológicas y espirituales.

Para que una persona se sienta motivada a cambiar su hábito de consumo se requiere que este tenga alguna consecuencia que él percibe como negativa; o dicho de otra manera, su forma de consumir alcohol o drogas tiene que interferir con algo importante para su vida, tiene que transformarse en un “estorbo” que es necesario remover.

Al mismo tiempo, es necesario que la persona sienta que el cambio es posible, que tiene la capacidad de lograrlo. Se desea cambiar una conducta solamente si tiene alguna expectativa de éxito, en caso contrario, si lo que quiere lograr se ve muy lejano o difícil, se producirá un desencanto y una pérdida del interés. “No vale la pena el esfuerzo, pues al final todo quedará igual”.

Los conceptos anteriores se pueden resumir en dos palabras, las cuales son la base de la entrevista motivacional: QUERER y PODER.

4.1.1 Estrategias para aumentar el QUERER

- Focalizar la atención del paciente hacia las dificultades que ha experimentado como consecuencia del consumo de sustancias;
- Analizar las inconsistencias entre dichas dificultades y las metas que el paciente tiene en su vida;
- Reforzar las percepciones positivas que tenga el paciente de la moderación y/o la abstinencia de sustancias de abuso.

4.1.2 Estrategias para aumentar el PODER

- Dividir la tarea grande en pequeños pasos (por ejemplo, “hoy no beberé” en vez de “no beberé nunca más en la vida”);
- Destacar los logros pasados y presentes (tanto en el control sobre las drogas o alcohol como en otros aspectos de la vida), y reforzarlos;
- Mostrar alternativas de tratamiento y rehabilitación, y apoyar el ingreso y participación en aquellas alternativas que el propio paciente seleccione.

4.2 Formas de tratamiento y rehabilitación

El trabajador de salud puede aprender algunas intervenciones terapéuticas simples que contribuyan al tratamiento y rehabilitación de consumidores, idealmente en el contexto de un trabajo en equipo interdisciplinario. Sin embargo, muchos pacientes requerirán ser referidos a centros de salud y/o grupos de autoayuda especializados en estos temas; para lo cual el trabajador de salud debe familiarizarse con ellos y desarrollar sistemas de referencias.

La base del tratamiento y rehabilitación es el potencial de desarrollo y superación de dificultades que tiene la persona, el cual con adecuado apoyo puede alcanzar fuerza suficiente como para contrarrestar la dependencia. Este potencial se expresa también a través de las organizaciones sociales que los propios adictos han creado (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos) o que han contribuido a crear (Comunidades Terapéuticas).

4.2.1 Tratamiento temprano

Se basa en la idea de identificar a los consumidores en riesgo o que han experimentado un daño leve, antes de que se altere su funcionamiento psicológico, familiar, laboral o social, y ayudarlos a que moderen o suspendan el uso de sustancias. La duración del tratamiento es variable, desde pocas semanas hasta varios meses, según los recursos psicológicos y familiares del paciente, y las caracte-

terísticas de la sustancia de abuso. Con este objeto se puede recurrir a algunos de los siguientes métodos de tratamiento:

- tratamiento médico para complicaciones mentales o físicas;
- intervención individual para desarrollar habilidades que permitan a la persona enfrentar situaciones de riesgo sin consumir sustancias y aprender conductas saludables;
- sesiones familiares para reforzar el rol de apoyo y de protección que brinda el grupo familiar y contribuir a resolver conflictos entre los miembros;
- sesiones de grupo con un fin similar a la intervención individual.

4.2.2 Rehabilitación

De mayor complejidad que el tratamiento temprano, y generalmente con un menor porcentaje de éxito. Está indicado en los pacientes que presentan un consumo perjudicial, con deterioro de la salud física y/o mental y del funcionamiento social, y en aquellos que tienen dependencia de drogas y/o alcohol (ver cuadro No 1). En este caso se requiere un programa de larga duración, de generalmente 2 años, y que en su fase inicial puede requerir de un periodo de internación. Además de los métodos de tratamiento del punto anterior, se pueden utilizar las siguientes alternativas;

- *desintoxicación*: consiste en el tratamiento de los síntomas de abstinencia, requiriendo medidas psicológicas y medicamentos; en algunos casos se requiere un periodo de internación breve (1 a 4 semanas).
- *alcohólicos anónimos*: ofrece reuniones “terapéuticas” y una literatura variada, con componentes espirituales y psicológicos al servicio de la sobriedad y el crecimiento personal.
- *otros grupos rehabilitadores de alcohólicos*: en varios países han surgido organizaciones alternativas a AA, lo que permite disponer de diversas opciones de acuerdo a las necesidades de las personas.

- *narcóticos anónimos*: basado en principios similares a AA, pero orientado a personas dependientes de drogas ilegales.
- *comunidades terapéuticas con internación*: proveen un ambiente protegido, con la activa participación de los internos, facilitando el aprendizaje de estilos de vida sin drogas; duración de 6 a 10 meses; diferentes modelos teóricos; mínima o nula participación de profesionales.
- *comunidades terapéuticas ambulatorias*: pueden ser tanto o más efectivas que las anteriores en pacientes que no han sufrido un deterioro mayor de personalidad y de la red de apoyo social.

4.2.3 Reinserción social

Corresponde a la etapa final del proceso de rehabilitación y se orienta a ayudar al paciente a reforzar su red de apoyo social, facilitando el desarrollo de vínculos con su familia, pares, sistema educacional y/o laboral, grupos sociales y comunidad. Junto con los métodos de tratamiento y rehabilitación que se han descrito, todos los cuales pueden incluir aspectos relacionados con la reinserción social, se pueden realizar actividades específicas, tales como:

- integración a actividades educacionales y/o refuerzo de aprendizaje en áreas deficitarias
- orientación vocacional
- integración a un trabajo y/o capacitación laboral
- uso productivo del tiempo libre (recreación, deportes, artes, etc.)
- aprendizaje de conductas sociales
- terapias para prevención y/o manejo de recaídas

5. Prevención del abuso de drogas y alcohol

Las medidas de prevención están destinadas a la población que no ha presentado problemas a consecuencia del uso de sustancias, ya sea que se ubique dentro del consumo responsable, en cuyo

caso se requiere reforzarlo, o que corresponda al consumo con riesgo, donde es necesario ayudar a las personas a disminuir el uso de sustancias a límites compatibles con su salud.

El trabajador de salud se encuentra en una posición privilegiada para desarrollar programas educativos “cara a cara” que contribuyan a modificar conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con el abuso de drogas y alcohol. Estos programas pueden efectuarse tanto en los centros de salud, formando parte del control de población sana (niños, adolescentes, embarazadas, trabajadores, etc.), como en organizaciones e instituciones de la comunidad (grupos juveniles, escuelas, centros laborales, etc.)

No obstante lo anterior, se debe tener presente que el abuso de sustancias es un asunto de gran complejidad, que se relaciona con múltiples aspectos de la persona, su familia, y su entorno social, económico y cultural, y que por lo tanto la prevención no puede ser abordada de la misma manera simple que una campaña de vacunación para enfermedades transmisibles. Es necesario que el trabajador de salud esté conciente que no existen soluciones únicas y rápidas para este problema, y que su abordaje requiere de un trabajo interdisciplinario e intersectorial sostenido en el tiempo, junto con una participación protagónica de la comunidad.

Considerando la información que se puede obtener con un diagnóstico comunitario, tal como se describe en el punto 3.3. de este capítulo, se puede formular un programa de prevención focalizado en la población más expuesta al problema, considerando sus características socioculturales, las formas particulares de uso de sustancias, edad de inicio y los factores específicos que contribuye a aumentar o disminuir el riesgo de consumo. De igual forma, las estrategias a utilizar deben estar acorde a los recursos disponibles y a las experiencias previas en esa comunidad.

Los programas de prevención que han mostrado un mayor impacto son aquellos que combinan varios componentes (desarrollo personal, habilidades sociales, información, redes sociales, etc.) y varias estrategias de abordaje

(por ejemplo, acciones directas con adolescentes, junto con actividades con sus padres, profesores y líderes). El trabajador de salud requiere capacitarse en metodologías educativas que contemplen algunos de estos componentes y estrategias.

La población con la cual se tiene mayor experiencia en programas de prevención son los preadolescentes y adolescentes, dado que representan el grupo etario de mayor vulnerabilidad para iniciar el uso y abuso de sustancias. Estos programas se han basado preferentemente en el medio escolar, por las facilidades que ofrece al concentrar un número alto de niños y jóvenes, como asimismo de adultos con potencialidades de influir favorablemente en ellos (profesores y padres). Los métodos que se han visto más efectivos son los que favorecen la participación activa y protagónica de los propios adolescentes, y que utilizan estrategias de influencia a través de los pares.

Los principales factores susceptibles de ser modificados en programas educativos con niños y jóvenes, con el fin de disminuir el abuso de sustancias, son los siguientes:

- nivel de autoestima
- habilidades para resistir presión social hacia el consumo
- manejo constructivo de emociones
- habilidades para interactuar con pares y otras destrezas sociales
- capacidad para interactuar con pares y otras destrezas sociales
- capacidad para satisfacer necesidades personales y realizar proyecto de vida
- información sobre consecuencias del alcohol y drogas sobre la vida actual del adolescente
- pertenencia a grupos sociales y red de apoyo

En la tarea de realizar actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación es fundamental la coordinación entre todos los niveles de atención del sistema de salud, y entre éstos y otros sectores relacionados con el tema (educación, juventud, justicia, iglesias, policía, desarrollo social, etc.). De igual manera, los líderes y organizaciones de la comunidad, de acuerdo a las realidades particulares de cada país y región, deberían tener una participación creciente en la planificación, ejecución y evaluación de dichas actividades, de modo de asegurar un mayor impacto.

Maltrato infantil

*Flora de la Barra
Facultad de Medicina
Universidad de Chile*

Introducción

El maltrato de niños* y adolescentes se enmarca dentro del problema más amplio de la violencia. Esta puede categorizarse en dos tipos: la violencia estructural o social, asociada con las desigualdades socioeconómicas, conflictos políticos, guerras y otras condiciones del medio social, y la violencia intrafamiliar o doméstica. A los trabajadores de salud les corresponde un papel fundamental en el desarrollo de medidas de prevención y en la atención y rehabilitación de los niños víctimas de ambas clases de violencia.

La violencia contra niños y adolescentes constituye una violación de sus derechos esenciales. Ocurre en todas las clases sociales y es una expresión del abuso de poder de los adultos responsables del cuidado del niño. Generalmente es crónica y repetida, siendo objeto de ocultamiento activo.

La Convención de Derechos del Niño, promulgada en 1991, compromete a los gobiernos a desarrollar políticas y programas para su cumplimiento y provee las bases éticas y legales que legitiman la participación de los profesionales en la protección del niño que está siendo sometido a maltrato.

Definición y clasificación del maltrato infantil

El Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil, convocado por OMS, OPS y UNICEF en 1992 propuso la siguiente definición: *"Maltrato es cualquier acto de omisión o comisión humana que pone en peligro la salud física, emocional o el desarrollo de un niño"*.

Hay diferentes tipos de maltrato; en algunas oportunidades el niño puede ser víctima de más de uno de ellos. Entre las modalidades más frecuentes se encuentran:

1. Maltrato físico

Es toda lesión física *no accidental*, producto de una agresión única o repetida. Sus grados de intensidad comprenden:

a) *maltrato severo*, causante de muerte o de daños que requieren tratamiento médico y/o psiquiátrico y/o rehabilitación.

b) *maltrato moderado*, cuando las lesiones son evidentes y perduran 48 horas o más.

c) *maltrato leve*, cuando las lesiones evidentes son de duración menor de 48 horas.

*Se utiliza la palabra "niño" para designar a ambos géneros

d) *maltrato sin lesión física evidente*: no hay síntomas observables, pero hay indicios que inclinan a considerar su ocurrencia como altamente probable.

2. Abuso sexual

Es toda interacción de naturaleza sexual entre un adulto y un niño a su cuidado. Entre sus modalidades se distinguen:

a) *Contacto genital con penetración*: evidencia de introducción peneana, digital u otra, por vía vaginal, oral, anal, de naturaleza homo u heterosexual.

b) *Contacto genital sin penetración*: ej. masturbación del niño por el adulto, o de éste por aquél, toqueteos de los genitales, etc.

c) *Actos sin contacto genital*: caricias en los pechos o nalgas, exhibicionismo, insinuaciones verbales, exposición del niño a materiales pornográficos, consentimiento de la explotación sexual o prostitución del menor, supervisión inadecuada del niño favorecedora de actividades sexuales, etc.

3. Maltrato emocional

a) *Agresión verbal*: trato habitual con menosprecio, denigración, culpabilización, rechazo y amenazas de golpes, ataque sexual o abandono.

b) *Consecuencias emocionales de castigos físicos*: encierro, atadura, privación deliberada de comida, techo, sueño o de la satisfacción de otras necesidades.

c) *Explotación económica*: uso del niño como fuente de ingreso económico en perjuicio de su desarrollo, que habitualmente es causa de inasistencia escolar, falta de actividades recreativas o relaciones con otros niños, etc.

4. Abandono o negligencia física

Se caracteriza por actos u omisiones por padres o cuidadores que ponen en riesgo la integridad física o la salud del niño:

a) *Negativa a dar atención de salud*: cuando ésta es necesaria para prevenir o tratar una enfermedad o discapacidad.

b) *Retraso en proveer atención médica*: demora en buscar atención oportuna y apropiada para un problema de salud serio.

c) *Abandono del niño en instituciones, guarderías, en sitios públicos, etc.* sin cuidado ni supervisión sustituta (niños no reclamados en los centros de atención por más de 2 días y/o dejados por sus padres sin datos o con información falsa).

d) *Supervisión inadecuada* de las actividades del niño.

e) *Negligencia en la supresión en el hogar de riesgos físicos evitables*, ej: vidrios rotos, alambre, braseros, etc.

f) *Provisión inadecuada de alimentación, ropa y falta de higiene*, no determinadas por penuria económica.

g) *Comportamientos que comprometen la seguridad del niño*: ej. conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol u otra droga llevando de pasajero a un niño; falta de uso de asientos de seguridad para los niños en el vehículo, etc.

5. Abandono educacional

a) *Ausentismo escolar crónico*: ausencia no justificada de la escuela por una semana o más al mes, permitida o alentada por padres o cuidadores.

b) *Abandono de la escuela*, estando el niño en edad de escolaridad obligatoria, con la anuencia o por la imposición de los padres o guardianes. El niño no ha sido matriculado o ha faltado más de un mes a clases, o es dejado en casa en forma habitual, por causas injustificadas.

c) *Descuido de necesidades educacionales especiales*: sin haber una causa que lo justifique, los padres o guardianes no facilitan el tratamiento disponible para trastornos del aprendizaje que le han sido diagnosticados.

6. Abandono emocional

a) *Afecto inadecuado*: marcado descuido por parte de padres o cuidadores de las necesidades

de afecto de los niños; insuficiente apoyo emocional, escaso estímulo a sus capacidades y poco reconocimiento de sus logros.

b) *El niño presencia el abuso crónico del padre o la madre y/o es testigo de otros actos de violencia doméstica crónica.*

c) *Los padres o guardianes permiten el abuso de alcohol o drogas por parte del niño o el adolescente.*

d) *Permisividad de los padres o cuidadores frente a conductas anómalas graves (v.g., agresividad extrema o delincuencia).*

e) *Negligencia de los padres o cuidadores en la búsqueda de atención psiquiátrica o en el seguimiento del tratamiento de un problema emocional o de la conducta manifiesto (ej.: intento de suicidio, depresión severa).*

Magnitud del problema

El maltrato del niño es un problema de proporciones alarmantes y magnitud creciente en el mundo. Desde la descripción del "síndrome del niño golpeado" hace tres décadas su diagnóstico ha sido cada vez más frecuente, despertando marcada preocupación en el público general y en los sectores sociales. De allí la necesidad de que el trabajador de salud esté en constante alerta para detectarlo, dar asistencia a las víctimas y participar en su prevención. A este efecto debe descartar su presencia ante cualquier elemento de sospecha.

Factores predisponentes culturales

Diversos factores culturales predisponen al maltrato de los niños en la sociedad, entre ellos:

- La tolerancia o estímulo del uso de la violencia como forma de solucionar conflictos, adquirir poder o escalar posiciones sobresalientes en la sociedad.
- El uso frecuente del castigo en la crianza de los hijos.
- La existencia de patrones culturales que establecen que los hijos son propiedad de los padres, y no personas con valor por sí mismas.

Papel del trabajador de salud en el fomento del cambio cultural respecto al maltrato

Corresponde a los trabajadores de la salud, en tanto ciudadanos y servidores públicos, desempeñar un papel relevante como promotores y defensores de estos principios. A estos fines deben ser capacitados para desarrollar acciones de promoción de la salud mental y prevención primaria de la violencia, y en particular del maltrato infantil mediante:

- El asesoramiento de los medios de comunicación social para la realización de programas educativos.
- La participación en acciones de educación en la comunidad, en defensa de los derechos del niño, la adopción de prácticas adecuadas de crianza, etc.
- La educación a las madres que acuden a los servicios de salud (estimulación del desarrollo, manejo de problemas del comportamiento y fomento de hábitos saludables).

Factores de riesgo para el maltrato

a) *Factores familiares:* embarazo no deseado, en especial cuando no se asume la responsabilidad por el mismo, bajo nivel educacional, ausencia de uno o ambos padres, discordia entre los padres, historia de maltrato en la infancia de los padres, carga psicopatológica en la familia, abuso de alcohol y drogas en el medio familiar, aislamiento social, falta de participación en las redes de apoyo comunitarias, falta de habilidades para la solución de problemas interpersonales y los de crianza.

b) *Estrés ambiental:* situación asociada con el cambio social, condición de pobreza, desempleo, guerras, migraciones, agravada por la insuficiencia de la red familiar o comunitaria de apoyo.

c) *Condiciones propias del niño:* enfermedades crónicas, malformaciones, prematuridad, discapacidades físicas y mentales, bajo rendimiento escolar y problemas del comportamiento.

Papel del trabajador de salud en la búsqueda de factores de riesgo para el maltrato

El trabajador de salud no debe esperar para intervenir a que el maltrato ocurra. Por el contrario, debe estar alerta frente a situaciones que pueden resultar en perjuicio de la integridad física o emocional del niño. A tal efecto deberá recibir capacitación que le permita determinar los factores de riesgo y auxiliar a la familia en su manejo.

La indagación de esos factores, que se debe iniciar desde la primera consulta, al momento de tomar la historia clínica, debe ampliarse en las consultas sucesivas, visitas al hogar, a la escuela y sitios de trabajo y recreación.

Acciones eficaces para la prevención del maltrato en población en riesgo

Los trabajadores primarios de salud pueden realizar acciones de prevención del maltrato infantil, destacándose entre ellas:

a) El control prenatal sistematizado, especialmente el domiciliario, además de contribuir a promover el desarrollo normal del feto y a prevenir complicaciones del parto y puerperio, condiciones de por sí preventivas del maltrato, prepara afectivamente a la familia para la llegada del niño, fomenta su aceptación y promueve un clima de amor y protección.

b) El estímulo del contacto físico y afectivo entre la madre y el recién nacido constituye una medida de prevención. Se recomienda la capacitación de los trabajadores de salud en técnicas para favorecer el apego entre la madre y el niño, inmediatamente después del parto.

c) Las visitas domiciliarias contribuyen al fortalecimiento de la comunicación, el desarrollo de hábitos saludables, el manejo de los problemas de disciplina y la solución de problemas conyugales. Además, la visita al hogar sirve para detectar casos de maltrato y del falta de cuidado y tomar las medida del caso.

d) El examen del niño sano en centros de salud, clínicas pediátricas o en el hogar, provee

oportunidades para la educación de los padres, llamándolos a la reflexión sobre aspectos de la crianza y el cuidado de los niños.

e) La evaluación de situaciones familiares que favorecen el estrés, bajan el umbral para maltrato y estimulan la adopción de medidas correctivas. Las intervenciones del trabajador de salud incluyen la simple ventilación de los problemas mediante el diálogo y el uso de técnicas de análisis y solución de problemas. En niveles más complejos de atención se utiliza el consejo psicológico, la terapia familiar y otras técnicas especializadas.

f) La evaluación de la apariencia general del niño (higiene, ropa adecuada, nutrición) puede suministrar indicios del trato que recibe y de la existencia de condiciones propiciadoras del maltrato.

g) El trabajador de salud puede brindar apoyo a los padres necesitados de afecto para quienes es un gran esfuerzo proteger y estimular a los hijos. Se debe reforzar la estima propia (por ejemplo decirles que "su vida también es importante") y si están claramente deprimidos, señalarles su impresión diagnóstica ("ud. parece estar triste, o deprimido") y derivarlos a un servicio apropiado.

h) Si un padre o madre confiesa su frustración u hostilidad hacia el niño, la situación debe ser explorada en profundidad. Una conversación de 5 a 10 minutos puede aclarar el diagnóstico y determinar la necesidad de una nueva entrevista o la derivación a un servicio especializado.

i) En ocasiones se hace necesario citar a los padres o guardianes a entrevistas más seguidas, para darles atención más intensa y continuada. Se aconseja concentrarse en el manejo de 2 ó 3 problemas actuales, capacitándolos en el uso de medidas disciplinarias racionales no violentas en vez de recurrir al castigo físico (ver Anexo).

j) Es necesario conversar repetidas veces sobre las normas de disciplina y los castigos que se aplican, mostrando que el castigo físico (golpes) y el maltrato franco forman un continuo, pasándose insensiblemente de uno al otro.

k) El trabajador de salud debe conocer los problemas del comportamiento más frecuentes en

cada edad y a este fin debe recibir capacitación para asistir a los padres en su resolución por medios no violentos.

l) Debe poder enseñar a los padres a prevenir el abuso sexual. Los ayudará a establecer una relación de confianza con el niño de suerte que éste pueda confiarles, sin ser culpado, las cosas "malas" que le pasen.

m) Por último, es menester que el trabajador de salud utilice otros recursos disponibles en este campo e informe a las familias de su existencia (escuelas, policía, servicios de protección judicial, programas comunitarios, grupos de autoayuda, asistencia telefónica para padres y niños, organismos privados, defensores de los niños, etc).

Conducta de los profesionales y trabajadores de salud ante la sospecha de maltrato

Ante la sospecha de maltrato se deben buscar sistemáticamente los síntomas y signos que caracterizan los diferentes tipos:

1. Indicios sugerentes de maltrato físico

a) Discrepancia entre las lesiones que presenta el niño y la información que dan los adultos. En estos casos se recomienda entrevistar a otras personas que estaban presentes y buscar otras fuentes de información.

b) Características del cuadro clínico o de las lesiones que sugieren la posibilidad de maltrato;

- lesiones de la piel con marcas que asemejan las huellas de manos o instrumentos;
- niño sacudido: síntomas de conmoción cerebral sin signos externos de traumatismo craneano;
- presencia de quemaduras profundas, bien delimitadas, de forma circular;
- fracturas múltiples de huesos largos, costillas;
- hematomas en la cabeza, presencia de zonas del cuero cabelludo desprovistas de pelo con signos de haber sido arrancado, fractura de cráneo sin explicación aceptable;

- shock o peritonitis inexplicada, acompañados de anemia o vómitos biliosos;
- síntomas de fármacodependencia en recién nacido.
- síndrome de Munchausen (síntomas y signos de la enfermedad deliberadamente inducidos, imitados o exagerados por la persona a cargo del cuidado del niño).
- c) Muerte súbita (10% de ellas son causadas por maltrato).

2. Signos y síntomas indicativos de abuso sexual

a) Moretones, laceraciones, secreciones, pérdida de sangre, infecciones genitales a repetición; relajación refleja del esfínter anal al colocar el termómetro en el recto.

b) Miedos, fobias, comportamiento infantil exagerado, pérdida del control de esfínteres, masturbación excesiva o conducta sexual que no corresponde a la edad del niño.

3. Signos indicativos de abandono o negligencia físicos

a) Extrema o persistente falta de higiene, persistencia en la casa de riesgo evitables, desorganización extrema de los horarios para dormir y comer, preparación inadecuada de comidas.

b) Signos de mala nutrición, carencia de atención médica en los niños, deficiencia de peso y/o talla en relación con la edad.

c) Falta de supervisión en el hogar; niños que quedan solos en la casa la mayor parte del tiempo; demostración de hambre o somnolencia crónica.

4. Síntomas indicativos de maltrato emocional

a) Alteraciones de la conducta de los niños en la casa o la escuela; síntomas de depresión.

b) Constatación de discordia severa y persistente en el hogar.

c) Ocurrencia frecuente de ataques verbales y cambios de humor por parte de los padres o guardianes.

5. Síntomas y signos indicativos de privación o negligencia emocional.

- a) Expresiones de afecto indiscriminado, hipervigilancia o depresión por parte del niño.
- b) Retraimiento, ausencia de amigos, agresividad, inquietud.
- c) Problemas del sueño, movimientos voluntarios repetidos, fobias, etc.
- d) Retraso en el crecimiento.

6. Historia de maltrato suministrada por la víctima o por testigos confiables

Es importante entrevistar al niño solo, cuando sea posible, y a tales efectos el trabajador de salud debe desarrollar destrezas específicas. El examen de salud debe incluir la inspección genital del niño, con acompañante. Durante el interrogatorio se debe preguntar al niño si ha sido tocado en forma inadecuada y en qué circunstancias. De otra parte, durante la entrevista con los padres, además de los puntos pertinentes mencionados antes, se les debe preguntar como fue su propia infancia y si fueron víctimas de abuso.

Diagnóstico del maltrato

Se hace con base a:

1. Entrevista del niño y su familia y confección de la historia clínica. En los casos en que se sospecha maltrato se deben obtener los antecedentes médicos e históricos del maltrato y evaluar su credibilidad. Se debe determinar el riesgo actual en que se encuentra el niño, lo que debe servir como criterio para decidir medidas de protección.

2. La historia médica anterior del niño y su familia; y

3. El examen físico completo, la evaluación psicológica y las pruebas de laboratorio y exámenes complementarios.

Se deberá procurar establecer una relación con la familia que asegure la participación futura

de sus integrantes. Se explicará a los padres todos los procedimientos, inclusive los relativos a la notificación judicial y las medidas de protección que se indiquen. En todo momento el trabajador de salud debe mostrar su preocupación por el bienestar del niño y la familia, prestar la atención que el caso requiera y hablar con los padres abiertamente sobre el maltrato.

Acciones que corresponde realizar al médico general o al pediatra

a. Solicitar los exámenes de laboratorio que permitan confirmar el diagnóstico, p.e., el examen y cultivo de la secreción vaginal, uretral o rectal. La comprobación de una enfermedad venérea en un niño es un elemento de peso para el diagnóstico de abuso sexual. La evidencia radiológica de fracturas múltiples en distintos tiempos de evolución confirma el maltrato físico.

b. En algunos casos, deberá decidir la hospitalización del niño con fines diagnósticos o para su protección inmediata.

c. Deberá realizar un examen detallado de las lesiones sospechosas, consignando sus hallazgos en un informe oficial: obtendrá fotografías de las lesiones, tanto de las recientes como de las más antiguas, que podrán ser usadas como pruebas en los peritajes judiciales.

Al profesional de salud mental del nivel primario (trabajador social capacitado en salud mental, psicólogo, enfermera de salud mental, etc.) le corresponde:

a) Establecer o descartar la existencia de maltrato, su gravedad, cronicidad, frecuencia.

b) Evaluar la situación de los hermanos/hermanas.

c) Determinar el grado de disfunción familiar que ha condicionado el maltrato.

d) Identificar, en el caso de su responsabilidad, los factores de riesgo y protectores del niño y la familia y la extensión y carácter de su red social.

e) Constatar la psicopatología presente entre los familiares que viven con el niño.

Manejo y tratamiento del niño maltratado en los servicios de salud

1. Cuando la evaluación esté completa, se debe tomar una decisión para asegurar la protección del niño. En algunos países, esta decisión es tomada conjuntamente por representantes de los diferentes sectores (justicia, educación, etc.) relacionados con la salud y bienestar del niño.

2. Cuando hay lesiones físicas, el tratamiento médico, ambulatorio o en el hospital, constituye una primera prioridad.

3. Se recomienda que en cada sistema local de salud se formule un Programa de Atención del Niño Víctima de Maltrato y se constituya un equipo multidisciplinario especializado en maltrato, que brinde atención en la comunidad y establezca la coordinación entre los tres niveles del sistema.

Los objetivos del programa comprenden:

a) Establecer un sistema de prevención, detección y atención en el campo del maltrato de niños y adolescentes.

b) Coordinar las acciones dentro del sector salud y con los otros sectores involucrados.

c) Evaluar los resultados.

d) Organizar y operar un registro local de casos de maltrato.

4. Le corresponde al trabajador de salud en el nivel primario de atención realizar acciones definidas en el medio familiar, de acuerdo con sus habilidades: la intervención será diferente según se trate de una familia en la que el maltrato ocurre en forma crónica, o de otra, perteneciente a un conglomerado en situación de crisis en el que los malos tratos emergen como síntoma de esa condición. En el primer caso deberá, además de brindar atención inmediata del niño maltratado y derivarlo a un servicio si la situación así lo indica, hacer uso de las técnicas

mencionadas con anterioridad (análisis y solución de problemas individuales, consejo psicológico familiar, etc.)

Las situaciones de crisis en las comunidades requieren el concurso de otras agencias sociales. El trabajador primario, además de prestar atención directa a las víctimas del maltrato, promoverá la convocatoria de representantes de esas agencias y líderes comunitarios con el fin de adoptar medidas dirigidas a la prevención.

La promoción de actividades de grupo para padres que maltratan a sus hijos y para niños víctimas de la violencia es otra acción realizable por el trabajador primario de salud debidamente capacitado en este campo. De otra parte, éste debe estar en capacidad de proveer información acerca del desarrollo infantil y transmitir destrezas de crianza al grupo familiar.

5. La atención del niño maltratado debe tener el respaldo de un marco legal, en el que las medidas de protección ocupan un lugar prominente. Las medidas legales tendientes a esa protección deben asegurar:

a) El mantenimiento del niño en el seno de la familia, con la debida supervisión, cuando esté así indicado y no haya riesgo de repetición del maltrato;

b) La colocación provisional del niño en una institución u hogar sustituto, cuando las circunstancias en que se encuentre el niño lo justifique;

c) El albergue de la madre, y a veces del padre, con los hijos en un centro de protección familiar

d) La separación del niño del padre o madre que comete el abuso.

6. La denuncia judicial, por parte de los profesionales de salud que atienden casos, es obligatoria en la mayoría de los países. El juez puede solicitar al médico informes y peritajes.

7. La efectividad de la atención y rehabilitación del niño víctima del maltrato y su familia se ve reforzada cuando las acciones correspondientes representan el esfuerzo conjunto de varios sectores sociales.

Autoevaluación de conocimientos sobre maltrato infantil

Las siguientes preguntas, referentes al material expuesto en el presente capítulo, pueden servir de ayuda al trabajador de salud para formarse una idea acerca de su grado de aprovechamiento y para tener una indicación de las áreas en las que se beneficiaría de información adicional:

1. ¿Cuáles son los factores culturales locales que hacen posible que ocurra el maltrato infantil?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo locales de maltrato relativos al niño, la familia y el ambiente inmediato?
3. ¿Cuáles son los distintos tipos de maltrato y cómo se sospechan?

4. ¿Cómo se puede confirmar una sospecha de maltrato?

5. Señale las acciones de prevención del maltrato de aplicación más efectiva en familias de riesgo.

6. Enumere los profesionales que mejor pueden colaborar en la atención del maltrato infantil.

7. ¿Por qué la coordinación de acciones con profesionales de otros sectores es beneficiosa?

8. Nombre las principales intervenciones terapéuticas útiles en el tratamiento y rehabilitación de casos de maltrato infantil.

9. Describa algunas normas de crianza que fomenten la solución de problemas del comportamiento en los hijos sin hacer uso de la violencia.

10. ¿Qué información de importancia para la evaluación de la atención de las víctimas de maltrato debe consignarse en la historia o ficha clínica?

ANEXO

Alternativas al uso del castigo físico

Razones por las cuales el castigo físico no debe usarse:

1. Generalmente los adultos pierden el control de sí mismos cuando lo aplican.
2. En el largo plazo, el castigo físico no es efectivo para suprimir conductas inadecuadas.
3. En el mejor de los casos, el castigo físico enseña al niño lo que no debe hacer y no lo que debe hacer.
4. Las amenazas y regaños sólo exacerban la situación.
5. Existen alternativas prácticas y efectivas para cambiar el comportamiento de los niños basadas en los principios del aprendizaje.

Refuerzo de las conductas positivas

El reforzamiento es la técnica más eficaz para aumentar la frecuencia de conductas positivas y para fomentar hábitos deseables como el control de esfínteres, vestirse solo, comer solo, etc. Los siguientes lineamientos son de utilidad para favorecer conductas siguiendo la técnica mencionada:

- Dígale al niño lo que Ud. quiere y espera que haga.
- Cada vez que el niño exhiba una conducta adecuada, felicítelo, apruébelo, demuéstrelle cariño. Entréguele ocasionalmente algún premio material inmediatamente después de

una conducta positiva; por ejemplo, déle una golosina en pequeña cantidad, invítelo a pasear, cuéntele un cuento, permítale realizar un juego de su agrado, ect.

Extinción de conductas inadecuadas

Las técnicas para inducir la extinción de conductas inadecuadas constituyen, junto con las de refuerzo positivo a las conductas adecuadas, un método eficiente de disciplina para la mayoría de los problemas de conducta. Entre las acciones dirigidas a eliminar o disminuir la frecuencia de esas conductas se encuentran:

- Hacer caso omiso de la conducta indeseable (por ejemplo, llanto inmotivado, emisión de ruidos, etc.), no prestarle atención para de esta manera no estimular su repetición.
- En el caso de conductas inaceptables (pataletas, agresividad, etc.) se recomienda dirigirse al niño con firmeza pero sin agresión y decirle: "No debes hacer eso" (indicación clara de lo que se espera de él). Después colóquelo en su corral o en su pieza (según la edad) por un tiempo corto, con calma, sin mirarlo ni hablarle. Luego se debe esperar durante algunos minutos (según la edad) a que se calme. Después se levanta al niño y se le coloca cerca de sus juguetes o se le da permiso para que salga.
- Recuerde felicitar al niño cada vez que se esté portando bien, ya que esta es la técnica más efectiva para aumentar las conductas adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alvarez P. Síndrome del niño maltratado. En Winter, A., Puentes R. eds. Medicina Infantil. 1a Edición. Santiago de Chile. Ed. Giorgio Emperiale. 1991: 1100-1103.
2. Alvarez P. y Olivari C. Terapia coactiva del maltrato infantil: la rehabilitación familiar en el contexto judicial. PSYKHE, 2: 1, 53-58, 1993.
3. Benedict M, White R, Wulff L, Hall B. Reported Maltreatment in Children with Multiple Disabilities. Child Abuse megl. 1990; 14(2): 207-217.
4. Bentovim A. Child abuse. Working together. A.C.P.P. Newsletter 10:2. March 1980.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistencia a Saúde. Departamento de Assistencia e Promoção a Saúde. Violencia contra a Criança e o Adolescente. Proposta Preliminar de Prevenção e Assistencia a violencia Doméstica. 1993.
6. Child Abuse. Pediatric Clinics of North America. Vol 37:4, August 1990.
7. Child Abuse. Pediatric Clinics of North America. Vol 9:5, October 1992.
8. Farinatti F, Fonseca N, Dondonis M y Brugge, E. Child Abuse & Neglect in a Developing country. Child Abuse & Neglect, Vol. 14, pp. 133-134, 1990.
9. Finkelhor D, Korbin J. Child Abuse as an International Issue, Child Abuse & Neglect, Vol. 12, 3-23, 1988.
10. Graham P, Dingwall R, & Wolkind S. Research Issues in Child Abuse. Soc. Sci. Med. Vol. 11, p.1217- 1228, 1985.
11. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Un Québec Fou de ses Enfants. Rapport du Groupe de Travail pour les Jeunes. 1991.
12. Instituto Nacional del Niño y la Familia. Ecuador. Manual de Prevención del abuso y negligencia del menor. junio 1990.
13. International Pediatric Seminar. Child Abuse, Neglect and Violence. A Latin American Perspective. Santo Domingo, República Dominicana. December 2-6, 1990. En International Child Health: Vol 2, No 1, January 1991. An International Pediatric Association Publication in collaboration with UNICEF and WHO.
14. Leventhal J. Risk Factors for Child Abuse: Methodologic Standards in Case Control Studies. Pediatrics, 68: 5, 684-690, 81.
15. Chile. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental. Programa de Salud Mental Infantojuvenil: Normas técnicas y programáticas para la prevención y atención integral del maltrato infantil en los servicios de salud. 1994.

16. National Center on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau, Administration for Children, Youth and Families, Office of Human Development Services, U.S. Department of Health and Human Services. "Study Findings. National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect". September 1981.
17. National Center on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau, Administration for Children, Youth and Families, Office of Human Development Services, U.S. Department of Health and Human Services. "Study Findings. Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect: 1988". (NIS-2)
18. Novoa F, de la Barra F, Alvarez P, Gilchrist A, Alvarez N y Gamboa R. Maltrato Infantil en Chile. Informe del Grupo de Trabajo del Ministerio de Salud. Chile. Revista Chilena de Pediatría. Suplemento 2, col. 63. Niño maltratado. 1992.
19. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. UNICEF. Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil. 20-24 julio 1992.
20. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Materno Infantil. Documento preliminar sobre abuso en niños. Mayo 1991.
21. Arroyo J. Programas de salud mental del niño en el nivel comunitario. En: Organización Panamericana de la Salud. Temas de salud mental en la comunidad. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud No 19. Capítulo XIII. 1992.
22. Skuse D. Emotional Abuse and Neglect. 13 M. 1989; 298: 1962-1964
23. Sociedad Chilena de Pediatría. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. UNICEF. Ministerio de Salud: Protección de los Niños y Atención Integral de Maltrato Infantil. 1993.
24. Starr H. Ed. Child Abuse Prediction. Policy Implications. Ballinger Publishing Co. 1982, p. 105-134.
25. UNICEF. Consejo de Administración. La Situation des Enfants Victims de Mauvais Traitements et Privés des Soins Vue dans un Perspective Mondiale. Sesión 1986.
28. UNICEF: Análisis de Situación. Menores en circunstancias especialmente difíciles. Sanbago de Chile, mayo de 1991.
29. WHO Project. Guidance to Health Workers and Parents where Child Abuse is Suspected. Scientific Background Document for the Development of Teaching Material. 1992.
30. Zuravin S. The Ecology of Child Abuse and Neglect: Review of the Literature and Presentation of Data. Violence & Victims, Vol. 4, No 2, 1989.

Cuestionario de síntomas

Fecha _____	Zona del estudio _____	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/>	3-4
			5-6
	Entrevista No. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7-9
	Institución _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	10-11
	Entrevistador _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12-14
Nombre del paciente: _____			
Edad: _____ años			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Razón de la consulta:			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
		<input type="text"/> <input type="text"/>	18-19

136 *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*

1.	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	20
2.	¿Tiene mal apetito?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	21
3.	¿Duerme mal?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	22
4.	¿Se asusta con facilidad?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	23
5.	¿Sufre de temblor de manos?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	24
6.	¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	25
7.	¿Sufre de mala digestión?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	26
8.	¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	27
9.	¿Se siente triste?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	28
10.	¿Llora usted con mucha frecuencia?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	29
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	30
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	31
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Su trabajo se ha visto afectado?)	SI	NO	<input type="checkbox"/>	32
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	33
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	34
16.	¿Se siente aburrido?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	35
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	36
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	37
Puntuación de las preguntas 1 - 18 <input type="checkbox"/>					38-39

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la puntuación es 9 o más, se debe hacer una cita para una visita de seguimiento (ver el final de este cuestionario).

19.	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	40
20.	¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	41
21.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	42
22.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	43
23.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	44
24.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	
25.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	
26.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	
27.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	
28.	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	

Si alguna de la preguntas 19-28 se responde afirmativamente (Si), se deben hacer gestiones para iniciar el seguimiento de este caso (ver el final de este cuestionario).

Además, si el comportamiento de un paciente parece ser evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora), debe también obtenerse una entrevista, *independientemente de las respuestas* que se hayan dado en este cuestionario hasta el momento.

Si el paciente *no respondió* el cuestionario, dar la razón por la cual no hizo (marque solamente una).

- El paciente no quiso cooperar.
- El paciente no entiende las preguntas. *
- El paciente no puede hablar claramente. * 45-46
- Otra razón (especifíquela) *

Si se ha marcado alguna de las casillas marcadas con el asterisco (*), debe establecerse para tener una entrevista de seguimiento. (Ver las instrucciones que siguen.)

Si se requiere tener una ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO, complete lo siguiente:

77-79

Fecha: _____ Lugar: _____

Tiempo: _____ Entrevistador: _____

Dirección del paciente: _____

Programa de Orientación y Promoción de la Salud Mental para la Comunidad*

Este Apéndice recoge un resumen del programa de salud mental comunitario que se lleva a cabo en la República de Panamá. Se presenta como un ejemplo de las actividades integrales de salud mental que pueden realizar los trabajadores de atención primaria de salud en sus sitios de trabajo.

Objetivo general. Proporcionar información a la comunidad sobre características comunes y medidas de prevención de la enfermedad mental para aminorar los prejuicios e ideas erradas sobre el paciente mental y aumentar la demanda de atención. Este es un esquema básico que deberá llenar juiciosamente la enfermera a cargo de la supervisión de estos programas. No existe, por lo tanto, un texto único pues cada lugar lo deberá adaptar a sus características.

Objetivo	Contenido	Expositor	Metodología	Lugar	Fecha
1. Conocer la existencia y funcionamiento del programa de salud mental que existe en los centros de salud	Programa de salud mental: a) ¿Qué es la salud mental? b) ¿Cuál es el programa de salud mental? c) ¿Cómo funciona? d) ¿Quién lo atiende? e) ¿Cuándo se atiende? f) ¿Quiénes lo pueden utilizar?	Enfermera Auxiliar de enfermería Promotoras de salud	Charlas informativas de 15-30 minutos Hojas volantes con los puntos básicos del contenido Información individual obtenida en visitas domiciliarias Utilización de los dibujos como ejemplos de síntomas claves	Centros de salud Escuelas Organizaciones	Dos veces por semana en el Centro Según necesidad de escuela y empresa.
2. Identificar la existencia de dos o más signos de depresión	Depresión: a) ¿Qué es? b) ¿Cómo se manifiesta? c) Diagnóstico (flujograma) d) ¿Cómo se atiende? e) ¿Peligros (suicidio)	Auxiliar de enfermería Promotoras de salud	Charlas informativas Dibujos de individuos deprimidos Orientación individual en las visitas a domicilio	Centros de salud Sala de espera Centro Hospital Profesores	Una vez por semana en el Centro. Según necesidades a profesores
3. Reconocer signos indicativos de la existencia de angustia	Angustia: a) ¿Qué es? b) ¿Cómo se manifiesta? c) Frecuencia de presentación d) ¿Cómo se atiende?	Auxiliar de enfermería Promotoras de salud	Charlas informativas Dibujos de individuos deprimidos Orientación individual en las visitas a domicilio	Centros de salud sala de espera Centro Hospital Profesores	Una vez por semana en el Centro. Según necesidades a profesores

4. Conocer el significado de enfermedad mental	Enfermedad mental: a) ¿Qué es? (hablar de psicosis) b) ¿Algunas manifestaciones c) ¿Cómo buscar ayuda? d) ¿Cómo se entiende? e) Participación de la familia	Idem	Idem	Idem	Idem
5. Reconocer signos indicativos de la existencia de agitación	Agitación: a) ¿Qué es? b) ¿Cómo se manifiesta? c) ¿Cómo se atiende? d) ¿Participación de la familia	Idem	Idem	Idem	Idem
6. Identificar la existencia de epilepsia en un individuo	Epilepsia: a) ¿Qué es? b) ¿Cuándo se inicia? c) ¿Cómo buscar ayuda? d) ¿Cómo se atiende? e) Participación de la familia	Idem	Idem	Idem	Idem
7. Reconocer signos indicativos de la existencia de alcoholismo	Alcoholismo: a) ¿Qué es? b) ¿Cómo se manifiesta? c) ¿Cómo afecta a la familia? d) Complicaciones e) ¿Cómo se atiende? f) Participación de la familia	Enfermera Auxiliar de enfermería Promotora de salud	Charla de 15-30 minutos. Películas Hojas volantes con signos claves. (Ver Manual)	Centro de salud Escuelas de bachillerato Maestros Alumnos Organizaciones Empresas	Una vez por semana en el Centro Según necesidad en escuelas y empresas.
8. Identificar y satisfacer necesidades emocionales de niños y adultos	Necesidad emocional: a) ¿Qué es? b) Tipos de necesidades: • afecto • seguridad • pertenencia • autoestima • aceptación • otros. c) Cómo se manifiesta? • En niños • En adultos d) ¿Cómo se satisface? e) Relación y comunicación madre-hijo	Enfermera Auxiliar de enfermería, Promotora de salud	Charla de 15-30 minutos. Hojas volantes Películas	Centro de salud Escuelas	Una vez por semana Según necesidad

* Los autores expresan su agradecimiento a Elena de La Motte, M.S., por esta contribución.

Información estadística mínima que debe recopilar un servicio ambulatorio de salud mental

Registro de casos

- Todo caso será antotado en un libro o en tarjetas para archivarlas en forma de “índice alfabético de casos”.
- En cualesquiera de las dos modalidades, se recopilará, por lo menos, la siguiente información:
 1. Nombre y apellido. La mujer casada escribirá su apellido de soltera y a continuación el de casada. La identificación personal puede reforzarse mediante la anotación del número de la cédula oficial de identidad de uso en el país.
 2. Edad en años cumplidos/Fecha de nacimiento
 3. Fecha del registro
 4. Sexo
 5. Domicilio del enfermo
 6. Identificación del síndrome por parte de la auxiliar
 7. Diagnóstico médico
 8. Tratamiento indicado por el médico
 9. Observaciones

Referencias

El formulario que se utilice para referir al enfermo al médico debe contener, por los menos, la siguiente información:

1. Nombre del paciente
2. Identificación del síndrome hecho por la auxiliar
3. Diagnóstico médico
4. Tratamiento prescrito por el médico
5. Fecha de la referencia
6. Fecha de la respuesta del médico
7. Institución que refiere al enfermo
8. Nombre del personal auxiliar que atiende al paciente
9. Institución que recibe el caso
10. Nombre del médico

Se recomienda que el formulario de referencia se escriba en original y copia, uno de los cuales debe contener la respuesta del médico.

La auxiliar debe llevar un registro de referencias para consultarlo cuando sea necesario.

Formulario de seguimiento

El formulario para el seguimiento del caso debe contener, por lo menos, la siguiente información:

1. Nombre del enfermo
2. Diagnóstico médico
3. Tratamiento prescrito
4. Fechas de las visitas al hogar y de las consultas en la clínica
5. Resultado de las visitas al hogar y de los exámenes realizados posteriormente en las clínicas respectivas.

Informe periódico de actividades

La periodicidad del informe será establecida por la administración del servicio de higiene

mental, y puede ser mensual, bimestral o trimestral; debe contener, por lo menos, la siguiente información:

1. Nombre del servicio de higiene mental
2. Periodo que comprende el informe
3. Número de pacientes atendidos
4. Número de pacientes inscritos anteriormente y que se mantienen en control
5. Número de pacientes que egresaron. Estos pueden clasificarse por recuperación, traslado a otros servicios, pérdidas de control y deceso
6. Número de pacientes visitados
7. Nombre y firma del trabajador auxiliar
8. Nombre y firma del jefe inmediato superior



PXT 23

ISBN 92 75 32191 4

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD