

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

# MANUAL DE PSIQUIATRIA PARA TRABAJADORES DE ATENCION PRIMARIA

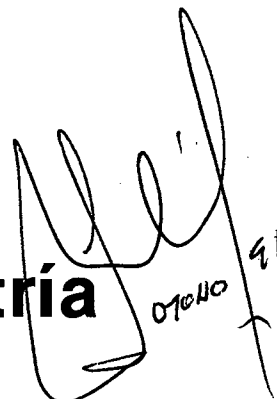
Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares



NUMERO

**1**

# Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria



Handwritten signature and date: 07/04/80

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

María Victoria de Arango, M.D.

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

---

Copyright © Organización Panamericana de la Salud 1983  
ISBN 92 75 71002 3

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

1983

## Agradecimientos

A todos los integrantes del Estudio Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Estrategias para Extender los Servicios de Salud Mental, y en especial a Lourdes Ladrido-Ignacio, de las Filipinas, por su estímulo a la idea de utilizar el Cuestionario de Síntomas SRQ como instrumento de capacitación para los Trabajadores de Atención Primaria de Salud (TAP)<sup>1</sup>. A René González, Asesor en Salud Mental de la Oficina Panamericana de la Salud, Washington, por su apoyo al desarrollo de esta idea y sus invaluable revisiones del manuscrito. Al Dr. Emilio López Vidal que como Consultor de la OPS realizó un juicioso examen del Manual desde el punto de vista de su utilización por parte del personal primario de salud en diversas regiones de América Latina.

A Elena de La Motte, M.S. por sus valiosísimos comentarios al texto y su contribución al capítulo sobre normas. Al Dr. Ney Guzmán, Secretario de Salud del Distrito de Salud de Cali y a las Enfermeras Alma Sofía Arce y María Mercedes García que colaboraron en la evaluación de este Manual durante el IV Cursillo de Salud Mental para trabajadores de atención primaria de salud, realizado en Cali en agosto de 1981.

A la Fundación Rockefeller por el apoyo dado a la Universidad del Valle para la realización de este trabajo. A Kerr White, por su penetrante visión sobre los cuidados primarios de la salud. A la Universidad del Valle por el estímulo brindado a los docentes del Departamento de Psiquiatría para participar en este y otros proyectos similares; y al Centro de Recursos para la Enseñanza (CREE) de la misma Universidad, por su colaboración en el diseño de los dibujos preliminares que condujeron a la versión que figura en este Manual; al Sr. Nick Carbo por la excelente realización de los dibujos definitivos que aparecen en el texto actual.

Y, finalmente, a Aydee F. de Climent por su apoyo permanente, sus juiciosos comentarios sobre el texto y su paciente confección de los muchos borradores que precedieron esta versión final.

<sup>1</sup>Harding., T., de Arango, M.V., Baltazar, J., Climent, C., Ibrahim, H., Ladrido-Ignacio, L., Murthy, S. y Wig, N. Mental Disorders in Primary Health Care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* 10:231-241, 1980.

---

## CONTENIDO

---

<b>Prefacio</b>		1
<b>Introducción</b>		3
<b>Normas para el programa de psiquiatría ambulatoria</b>		7
<b>Sección A</b>	Historia del paciente, ejemplos de historias y análisis de la calidad del material	9
<b>Sección B</b>	Principios generales de la entrevista psiquiátrica	17
<b>Sección C</b>	Cuestionario ilustrado de síntomas	21
<b>Sección D</b>	Flujograma maestro	55
<b>Sección E</b>	Los síndromes psiquiátricos más frecuentes	59
	Depresión	59
	Suicidio	63
	Angustia	67
	Psicosis	70
	Agitación	79
	Epilepsia	84
	Alcoholismo	88
<b>Apéndice I</b>	Cuestionario de síntomas (SRQ)	93
<b>Apéndice II</b>	Programa de orientación y promoción de la salud mental para la comunidad	96
<b>Apéndice III</b>	Información estadística mínima que debe recopilar un servicio ambulatorio de salud mental	99

## Prefacio

Los ministros de salud de las Américas, en su IV Reunión Especial celebrada en 1977, acordaron que la estrategia de la atención primaria de la salud, que posibilita la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población con máximo de eficiencia social, constituía el enfoque más apropiado para alcanzar la meta de cobertura establecida en el Plan Decenal de Salud. Estas conclusiones representaron el aporte de la Región de las Américas a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, celebrada en 1978 en Alma-Ata, Unión Soviética.

Como paso siguiente, los países del Hemisferio prepararon en forma individual sus estrategias nacionales de Salud para Todos en el Año 2000, que sirvieron de base para la formulación de las estrategias regionales, las cuales contienen a su vez metas mínimas a alcanzarse en las próximas dos décadas, y, fundamentalmente, la formulación de la estrategia global que fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1980.

Las estrategias regionales adoptadas por los gobiernos de los países miembros de la OPS fueron aprobadas durante la XXVII Reunión del Consejo Directivo celebrada en 1980.

La Resolución XX de dicha Reunión del Consejo Directivo solicitó al Director de la Organización Panamericana de la Salud, la formulación de un Plan de Acción para el desarrollo de dichas estrategias, que se llevó a cabo con la activa participación de los representantes de los gobiernos de los Países Miembros.

En lo que respecta al desarrollo de la infraestructura, el Plan de Acción señala que "la disponibilidad y uso adecuados de recursos humanos

es una condición clave, cuya planificación deberá estar íntimamente ligada a las necesidades de los servicios y basada en el enfoque de Equipo de Salud". El Plan contempla acciones para la mejor utilización de los recursos disponibles y su retención por el sector, así como para la formación de nuevos tipos de personal, tanto profesional como técnico medio y auxiliar, incluyendo los agentes de la comunidad, mediante la investigación, desarrollo y utilización de nuevos medios de capacitación no convencionales".

En relación con este último aspecto, en materia de desarrollo de recursos humanos y en lo concerniente a la tecnología educacional, el Plan de Acción señala que será preciso el "desarrollo de nuevos tipos de materiales educacionales aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad".

En cumplimiento de lo señalado por nuestros Cuerpos Directivos, y de acuerdo con los lineamientos contenidos en el Plan de Acción, se presenta a la consideración de los interesados dentro del marco general del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción esta "Serie PALTEX para Técnicos Medios Auxiliares", destinada a la formación de personal técnico y auxiliar de los países latinoamericanos.

El Programa Ampliado (PALTEX) tiene por objeto ofrecer el mejor material posible de instrucción 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 auxilia-

## 2 Prefacio

res de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado tanto a las etapas de pregrado como de postgrado, 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 Organización misma ha aportado un fondo adicional de \$1.500.000 para contribuir a sufragar el costo del material producido.

En lo que se refiere a manuales y módulos de instrucción para el personal técnico y auxiliar, el Programa ofrece ahora la "Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares", 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.

La Organización ha encomendado la coordinación técnica del Programa a su División de Recursos Humanos e Investigación, 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.

El Programa no considera al libro de texto, el manual o la ayuda audiovisual, como elementos aislados, sino como partes integrantes de un método de enseñanza-aprendizaje destinado a proporcionar el personal necesario y capacitado de acuerdo con las normas y funciones específicas de los servicios 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 para adaptarse a las estrategias de Atención Primaria, el Plan de Acción Regional y la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

En la serie que ahora se presenta se definieron las funciones que los técnicos y auxiliares deben desempeñar en su trabajo, y se señalaron los contenidos de los materiales de instrucción, para pasar después a una segunda etapa de cooperación técnica.

Una vez determinado el contenido del material de instrucción, la División de Recursos Humanos, con la ayuda técnica de las otras Divisiones de 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 realidad de la Región. Por último, los resultados de este proceso se someten a la consideración de los países y se prueban experimentalmente en el campo.

Los manuales y módulos que constituyen esta serie se hallan a disposición de los ministerios, instituciones, organismos, empresas, escuelas, institutos u otras entidades privadas o públicas en las que se forman o emplean trabajadores de atención primaria. El material se remite por vía terrestre o marítima, a precio de costo, a través de las oficinas de la OPS en cada país, y se abonan en moneda local a su recibo.

Las instituciones también pueden recibir el material en consignación, para su venta a los alumnos o trabajadores; lo que implica la firma de un Memorandum de Entendimiento entre la Organización y la institución participante, mediante el cual esta última se compromete a recibir el material, mantenerlo en un 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 que se aplican 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 cinco 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, este pueda hacer una "autodescripción" pudiéndose así identificar 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 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 el caso a realizar un mayor número de preguntas más concretas acerca del cuadro que procura identificar.

Los Apéndices incluyen el Cuestionario de Síntomas (SRQ)<sup>1</sup> de la OMS; 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 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

<sup>1</sup>Climont, C., Harding, T., Ibrahim, H., Wig, N. y Ladrado-Ignacio, L. The Self Reporting Questionnaire (SRQ). A comparison of its validity in four countries. En preparación (1982).



## 4 Introducción

y del cual el TAP depende necesariamente para su orientación, apoyo y evaluación de sus actividades.

Este Manual debe ser parte de un conjunto de tratados que sirva para orientar el trabajo que realizan los médicos generales y las enfermeras de esta especialidad, para que puedan ellos 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 de la especialidad 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 psiquiatría: médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Por lo tanto, los servicios primarios de salud en el campo de la psiquiatría 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 a cabalidad 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 trastor-

nos 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 personal auxiliar para cubrir los siguientes aspectos 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 casos 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 casos de 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 organización sanitaria del país, la supervisión puede proceder de dos niveles: uno sería el nivel inmediato superior del que depende directamente el servi-

cio donde el TAP realiza sus actividades, que podría estar a cargo de un médico o enfermera que conozca el programa. El otro nivel sería 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 psiquiatría 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 acciones 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 su-

pervisor (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. Esta primera entrevista será para aplicar 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.

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 caso 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 que labora en el 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 in-

formación 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 preparado.

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 (SRQ) de la OMS aplicado exactamente como se indica en las instrucciones respectivas.

## Historia del paciente, ejemplos de historias, y análisis de la calidad del material

### 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 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 interesante 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.

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 dar importancia a las razones que se den, porque con frecuencia quienes tratan al paciente se dedican a la búsqueda de síntomas graves y 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. Una 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.

### Ejemplos de historias de pacientes obtenidas por los trabajadores de atención primaria

Estas son historias reales de pacientes que se han modificado sólo con el objeto de respetar la identidad de las personas o de realizar pequeños cambios editoriales. Estas historias, que fueron obte-

nidas por trabajadores de atención primaria que recibieron capacitación y que utilizaron esta guía en forma adecuada, son típicas de la clase de información que puede obtener este personal sobre un paciente que viene a la consulta general de una institución de salud. Esta es la información que se consigna para ser posteriormente revisada por el supervisor. Aun cuando las historias no son muy completas, son un "retrato" de lo que presenta el paciente y constituyen una excelente guía para determinar el diagnóstico y el tratamiento.

### *Primer ejemplo*

#### **Identificación del paciente**

Nombre:	G.J.
Edad:	20 años
Raza:	Mestiza
Presentación:	Buena
Condiciones generales:	Regulares

**Fuente de información.** Viene acompañada de un amigo y colabora bien en la entrevista.

**Causa de la consulta.** "Opresión en el pecho y se siente muy mal". La aplicación del cuestionario de síntomas indica una puntuación alta (más de 7); esta paciente tiene por lo tanto una alta probabilidad de sufrir una enfermedad mental. La historia clínica que se tomó revela:

**Enfermedad actual.** Desde hace cinco días presenta una opresión en el pecho que no la deja respirar bien y ve las cosas borrosas; no duerme bien, come poco, se siente sin ánimo de hacer nada, se irrita con facilidad.

Refiere que cuando duerme se despierta orinada, cosa que sucede casi todas las noches. Cree que su hermana y su padrastro le están haciendo brujerías, puesto que ellos saben leer el cigarrillo y muchas cosas más. Lloro mucho sin saber por qué, no sale ni conversa con nadie por temor a que le digan que está volviéndose loca.

Aunque bebe y a veces participa en parrandas, no lo hace como antes pues ahora le parece ridículo el baile y todo lo que está de moda. Siente que no es la misma persona de antes y que todo está cambiando para ella.

En días pasados compró un frasco de Folidol con la firme intención de matarse, pero un hermano suyo se lo impidió.

Oyó una voz que identifica como la de su madre que la llama y la invita a hacerle compañía.

**Antecedentes personales.** Es la menor de tres hijos del primer matrimonio de su madre, quien después vivió con otro hombre del que tuvo cuatro hijos más. Su nacimiento se produjo en casa y al parecer no tuvo ninguna complicación. A los tres años sufrió de viruela, además le daban frecuentes gripes y le aparecían muchos granos en las piernas. Cuando tenía 14 años fue atropellada por un automóvil mientras montaba en bicicleta; en el accidente perdió el conocimiento por más de dos horas. Días después se levantó como enloquecida tratando mal a la mamá y llegó a agredirla diciendo que quería matarla. Con ayuda de la policía fue llevada al hospital, donde permaneció tres días; fue tratada al parecer con electrochoques y unas pastillas cuyo nombre no recuerda. A los quince años se dedicó a la prostitución, porque el ambiente de su casa era insoportable; el hombre con quien vivía su madre la trataba mal y le pegaba; todo esto la aburrió y por eso se fue de la casa.

Dentro de su profesión tenía constantes peleas; participó en un concurso de boxeo en Buenaventura y aunque recibió muchos golpes en la cabeza nunca perdió el conocimiento.

Desde la muerte de su madre, hecho que le afectó muchísimo, su hermana mayor vive con el padrastro y comparten la alcoba que antes fue de su mamá, lo cual no ven con buenos ojos ninguno de los hijos. La pareja hace caso omiso de los reproches y al contrario da malas respuestas; ya tienen un hijo.

Cuando la paciente volvió a su casa ya tenía tres hijos, de 5, 3 y 1 años, de padres distintos.

Cada vez que visita la tumba de su madre, conversa largamente con ella.

**Personalidad previa.** Estudió hasta el primer año de bachillerato, fue estudiante regular y aunque hubiera querido continuar los estudios, no pudo hacerlo por las condiciones económicas de su hogar.



Trabaja en su propia casa pero está aburrída porque a veces no le pagan lo justo.

(Los datos recogidos por el TAP sugieren que este debería revisar por lo menos dos capítulos del Manual: Depresión y Psicosis.)

Con toda esta información, el TAP presenta el caso al supervisor quien realiza el diagnóstico respectivo.

**El examen psiquiátrico oficial realizado por el supervisor reveló**

1. Tristeza profunda con llanto, sentimiento de minusvalía
2. Retardo psicomotor
3. Afecto inapropiado
4. Pensamiento afectado en su contenido
5. Alucinaciones auditivas

Sobre la base de estos hallazgos se llega al diagnóstico de una depresión psicótica, para lo cual el médico prescribe un tratamiento que incluye un psicofármaco.

*Segundo ejemplo*

**Identificación del paciente**

Nombre: H.M.  
 Edad: 37 años  
 Raza: Mestiza  
 Presentación: Buena

(Cuestionario de síntomas indica puntuación alta; más de 11).

**Enfermedad actual.** Desde hace más o menos 15 días se encuentra demasiado nerviosa, no desea ayudar al oficio de la casa, sino caminar y fumar; oye con más frecuencia la voz de su "novio" y piensa mucho en él. Hace tres días salió con el propósito de arrojarle frente a un carro para que la matara, pero su madre se lo impidió. Además ha sentido que el estómago le ha crecido y oye una criatura dentro. Presenta movimientos voluntarios repetidos, sin propósito (estereotipias).

**Antecedentes familiares.** Tiene una hermana con cáncer al seno.

**Antecedentes personales.** Proviene de un hogar campesino de regulares condiciones genera-

les; es la vigésima criatura de 23 embarazos. Nació de un parto normal atendido en casa. Desde los dos meses de edad tuvo ataques que la madre consideró que eran "de lombrices"; cuando esto sucedía, perdía el conocimiento, tenía temperaturas altas y le aplicaban emplastos en la cabeza y el estómago. Sufrió estos ataques en varias ocasiones durante el primer año de vida. Cuando empezó a caminar tuvo una caída que le produjo "desajustes en una rodilla" y fue atendida por un "sobador". Sufrió sarampión a los cinco años, y a los seis se cayó de un árbol sufriendo golpes en varias partes del cuerpo, aunque no tuvo fracturas ni pérdida del conocimiento.

Inició estudios a los siete años y cursó hasta tercero de primaria porque en su pueblo no había más cursos, pero era buena estudiante.

Hace más o menos cinco años tuvo un tratamiento en el Hospital Psiquiátrico, a donde acudió varias veces por dolor al cerebro; le recetaron "Stelazine y Artane", medicamentos que tomó por un tiempo pero después le disgustó el tratamiento y no lo continuó; cuando su mamá le daba la medicina la botaba. El año pasado fue a la consulta varias veces diciendo que estaba embarazada (III-2-77), pero al ser examinada resultaba que no era cierto. Por un lado ella dice no haber tenido relaciones sexuales, y por otro, se le hicieron varios exámenes de laboratorio para comprobar el supuesto embarazo, con resultados negativos.

En la actualidad ella cree nuevamente que está embarazada, dice que siente mareos, malestar general, que el estómago le ha crecido y que siente una criatura adentro. Su última menstruación ocurrió el mes pasado (enero) aunque no precisa la fecha; dice que duró dos días y que fue normal.

Desde hace tres meses se enamoró de un muchacho de 22 años que fue inquilino de su casa. Un día en casa ella lo llamó para decirle que se sentía embarazada y exigirle una explicación, porque él era el único hombre que había en esa casa, a lo cual él no dio ninguna respuesta, optando por desocupar la pieza que alquilaba y no volver más.

Desde ese momento ella se siente aburrida, triste, desesperada y además con la idea de que sus pensamientos son controlados, pues oye voces que identifica como de él, que le ordenan muchas cosas, entre otras "que no se bañe porque le hace daño", "que se cuide, que él va a venir a verla muy pronto". Escucha la voz muy cerca y dice que le parece que es de la casa vecina, y un día fue allí porque le parecía que estaba en peligro y que la llamaba.

En la casa los demás saben cuando ella está nerviosa, pues le da por sacar toda la ropa del armario y se cambia constantemente, camina de un lado para otro, habla mucho y fuma. Cuando está muy aburrida sale a la calle para tratar de que la mate un carro.

**Personalidad previa.** Alegre, contenta, trabajadora, buena hija, se relacionaba muy bien con los demás; le gustaban las fiestas, pero iba poco.

**Examen psiquiátrico oficial.** Cuadro psicótico de larga data con reagudización. Presenta delirios y alucinaciones auditivas, acompañadas de gran angustia pero sin aceleración motriz.

El TAP presenta esta información al médico, quién determina el diagnóstico y prescribe un antipsicótico.

### *Tercer ejemplo*

#### **Identificación del paciente**

Nombre: T.M.  
Edad: 28 años  
Barrio: Primitivo Iglesias

**Fuente de información.** Viene acompañada de un familiar, quien informa gran parte del problema de la paciente.

**Causa de la consulta.** Viene a Consulta Externa por insomnio y frecuentes dolores de cabeza, casi constantes. "Se siente muy nerviosa y cree estar embarazada". Ella ha consultado anteriormente en el Seguro Social y le prescribieron Diacepam de 5 miligramos.

(El cuestionario de síntomas indica una puntuación alta, más de 11).

**Enfermedad actual.** Se siente muy deprimida y con dolor de cabeza casi constante. Este se inicia en las sienes con sensación de punzada, que luego se extiende por toda la cabeza; si se acuesta buscando alivio, se levanta sintiendo la cabeza grande y pesada. Toma analgésicos, pero no la calman. Explica su mal apetito diciendo que después de dos o tres cucharadas ya no tiene hambre.

Le cuesta quedarse dormida, con frecuencia tiene "sueños monstruosos"; que la persiguen hombres malos para matarla; que se cae en abismos inmensos; que se encuentra en guerras y con gente extraña que ella no ha visto nunca.

Hace tres meses oyó una voz de mujer que la llamaba por su nombre. Piensa que hasta sus familiares la critican, y que todo es por envidia.

**Antecedentes personales.** Es hija de una familia numerosa, la antepenúltima de 10 hijos; nació en una clínica municipal mediante parto normal. Refiere que tuvo una niñez sufrida porque a la edad de siete años su hermana mayor se hizo cargo de ella y le costó sus estudios hasta el primer año de bachillerato. Su hermana la trató bien, pero en el internado le hizo falta el afecto maternal. Durante su infancia sólo sufrió de reumatismo. No recuerda haber tenido golpes ni traumatismos. A los 19 años formó hogar con un hombre que la trató regularmente, sin llegar a pegarle. Esta unión se fue deteriorando porque ella no era afectuosa y le fastidiaba la relación sexual. Se describe como una persona "a quien no le gusta la adulación". Tal vez por ese motivo el esposo consiguió otra mujer de quien ella sospecha que le hace brujerías. Ella cree que esto consiste en ponerle mala suerte y afectarle la salud. Por ejemplo, actualmente no tiene empleo, se siente enferma porque no puede dormir, no tiene apetito y le duele la cabeza.

De la referida unión tiene un niño de cuatro años; el embarazo fue controlado en este mismo centro; el parto fue normal y la atendió en su casa una partera parienta del esposo. Actualmente vive con sus padres quienes le ayudan económicamente y con el cuidado del niño. Su padre recibe una jubilación.

**Personalidad previa.** La paciente representa más edad de la que dice tener; se le ve flaca y tiene manchas en la cara. Ha sido muy pasiva, introvertida y sin mucha iniciativa propia, no hace nada por mejorar su aspecto personal, nunca se ha maquillado, ni siquiera un poco. No llora durante la entrevista ni dice hacerlo en casa.

**Examen psiquiátrico oficial.** Personalidad esquizoide con manifestaciones depresivas. El médico diagnostica una depresión y formula un programa terapéutico que incluye un fármaco antidepressivo.

### **Análisis de la calidad de material**

A continuación se mencionan algunas de las diferentes maneras que existen para probar la calidad del material obtenido:

Cada dibujo del cuestionario ilustrado tiene una definición a la que debe hacerse referencia en caso de duda ante la evidencia de una respuesta positiva. Aquellas preguntas importantes sobre las cuales exista alguna duda deben repetirse explicando sus significados con una descripción de la pregunta tal como fue administrada. Al mismo tiempo se solicita una repetición de la forma exacta como respondió el paciente.

Otra forma de realizar el análisis del material obtenido es estudiando la información descriptiva que se obtiene por la historia: la causa de la

consulta, la enfermedad actual y toda la información descriptiva que se haya recogido servirá para corroborar las respuestas dadas a las preguntas del cuestionario. Cumplir esta etapa será menos difícil si el TAP ha recibido la instrucción adecuada puesto que este ha de haber escrito exactamente las palabras del paciente, o de su acompañante, sobre la causa de la consulta, la enfermedad actual, etc.

Debe por lo tanto insistirse en que la información sea lo más literal posible, de tal manera que haya menos probabilidades de distorsión por parte del TAP.

Con lo anterior se pueden identificar inexactitudes cuya aclaración ayudará a obtener una información más fidedigna sobre el caso. Si no se detectan inexactitudes y si la información no se contradice en ninguna de sus partes, deberá ser fácil para el supervisor (especialista, médico o enfermera) hacer una determinación diagnóstica y proponer un tratamiento.

Sin embargo, es muy probable que tanto la determinación diagnóstica como el tratamiento propuesto sean de carácter provisional, por la urgencia de iniciar la curación. En esos casos se puede iniciar un tratamiento de prueba. Debe recordarse que esta información puede ser presentada al supervisor. Lo indispensable es iniciar algún tipo de intervención de tal manera que las dudas puedan aclararse posteriormente cuando el paciente sea visto por segunda vez.

## Principios generales de la entrevista psiquiátrica\*

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 sobre salud mental 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 te-

mor 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 faltan.

La entrevista debe realizarse en un lugar privado, con la puerta cerrada, donde tanto el pa-

\*Redactado en colaboración con Lida Victoria de Aragón.

ciente como el entrevistador puedan sentarse uno frente al otro y conversar sin obstáculos; se debe tratar de hacer la entrevista como una charla informal; si en algún momento la persona sintiera vergüenza de confesar algo, se le debe confortar dándole el apoyo necesario para librase de ese sentimiento.

Las preguntas a realizar deben conocerse en forma precisa, para hacerlas con claridad evitando así despertar dudas en el entrevistado, y el lenguaje o vocabulario empleado debe ser comprensible para él. Cuando se obtengan respuestas que no vengán al caso deben hacerse las preguntas en forma más clara y adecuada. Si el entrevistado interrumpe antes de escuchar la pregunta completa, esta debe repetírsele 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 él 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 permita 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 estandarizado: instrumento básico para obtener información sobre salud mental**

### **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 la entrevista es un examen; debe tener cuidado 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, esta tendrá que explicársele 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 esto 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 incompleta, una forma eficaz de obtener una infor-

mación más exacta es decir, “¡Que interesante! ¿Puede usted explicar eso 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; otras veces se encuentra que las preguntas son difíciles y a veces 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 este.

## 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 (Self-Reporting Questionnaire—SRQ) que aparece en el Apéndice I, 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 (WHO Collaborative Study to Extend Mental Health Services, Harding T. y col. 1980; Climent, C. y col. 1981).

En esta sección se presenta una versión modificada del Cuestionario de Síntomas (SRQ) 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 faci-

litar 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.

**Entrevistador.** Escriba su nombre con letra clara.

**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 por qué 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 y 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 para 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 I 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 de la OMS, pero acompañadas de uno o varios dibujos al pie de los cuales se lee una explicación. Las primeras 20 preguntas corresponden a aquellos síntomas que implican una gravedad menor (los que son frecuentes en los

trastornos depresivos y de angustia); las preguntas 21 a 24 corresponden a síntomas de mayor gravedad y cuando se contestan afirmativamente probablemente indican la existencia de un trastorno mental muy importante (psicosis).

La pregunta 25 indaga sobre la existencia de un trastorno convulsivo. Las preguntas 26 a 30 se refieren a los hábitos de beber alcohol y han sido añadidas al cuestionario original. Al final del Apéndice I 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 la página 95 (Apéndice I) 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 se-*

*guimiento, para lo cual debe completarse lo siguiente:*

**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.

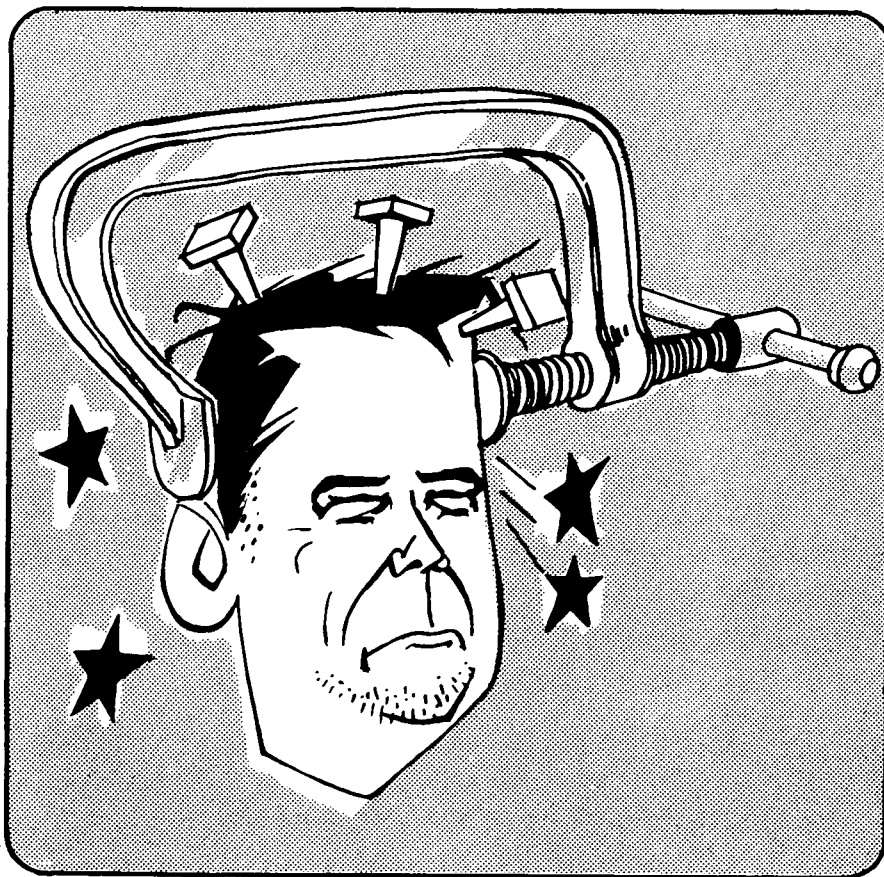
**Dirección del paciente.** Hay que pedir al paciente o a su acompañante que dé la dirección correcta de su residencia.

### **Determinación de la puntuación**

La puntuación se obtiene sumando el número de respuestas positivas.

El cuestionario tiene varias partes: las primeras 20 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad, como los depresivos, angustia y otros. Once 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 21 a 24 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina también un " caso ". La respuesta positiva a la pregunta 25 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 26 a 30 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

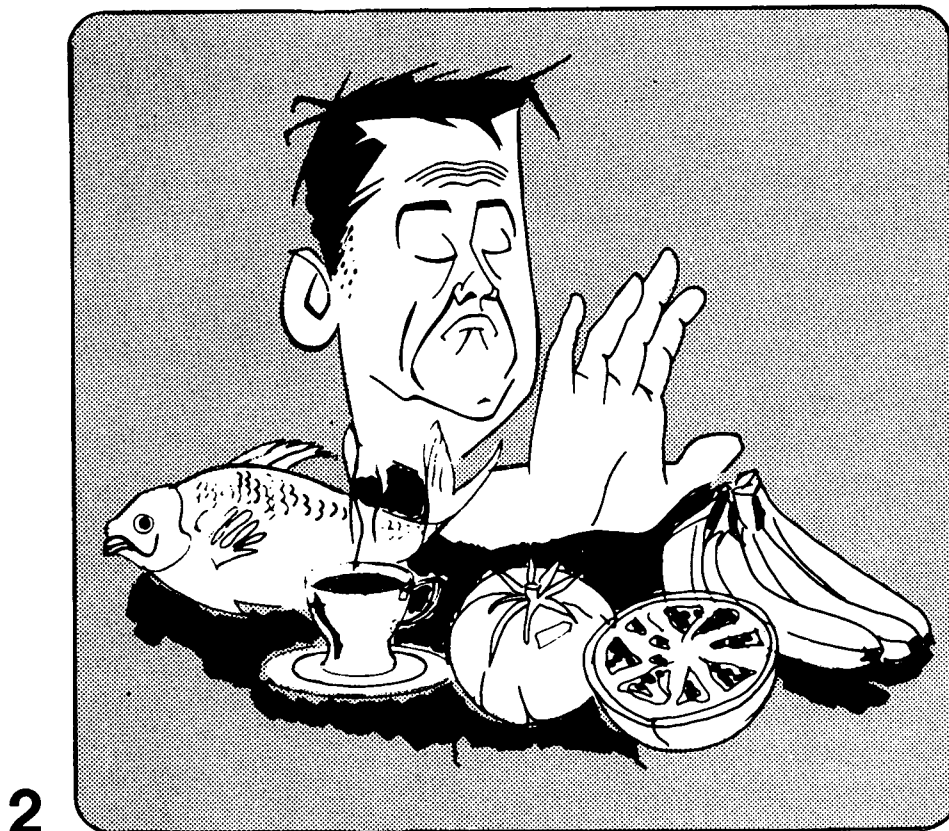
Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un " caso ".



1

**¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?**

Usted marcará "Sí" 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.



---

**¿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".

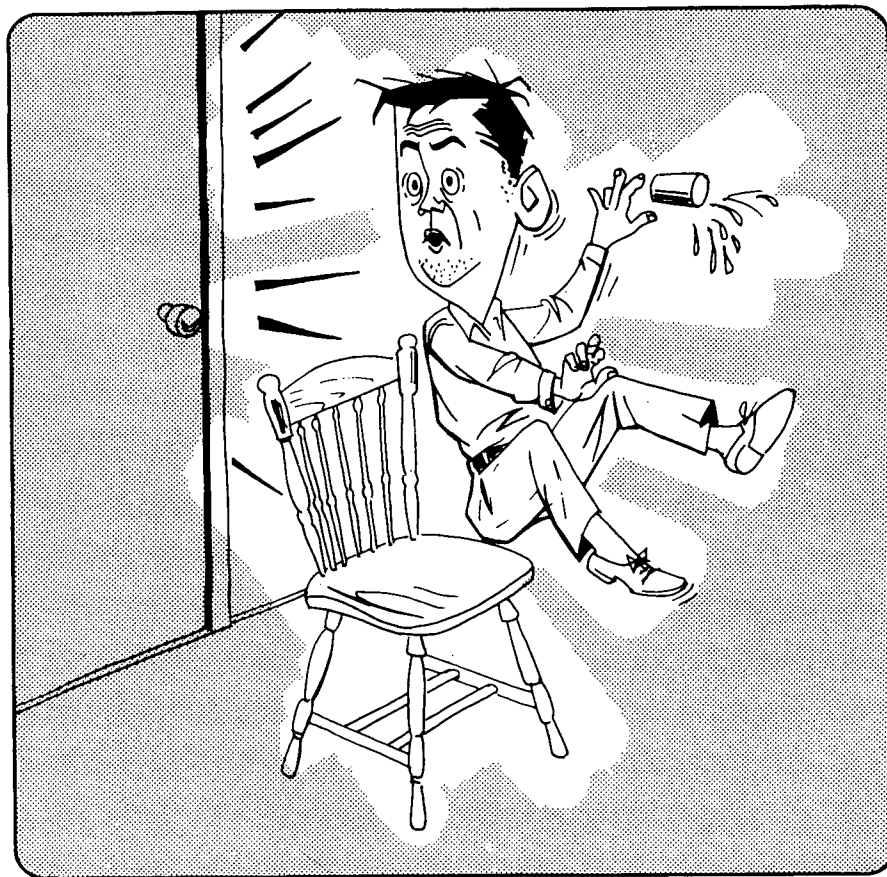


3

---

**¿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.

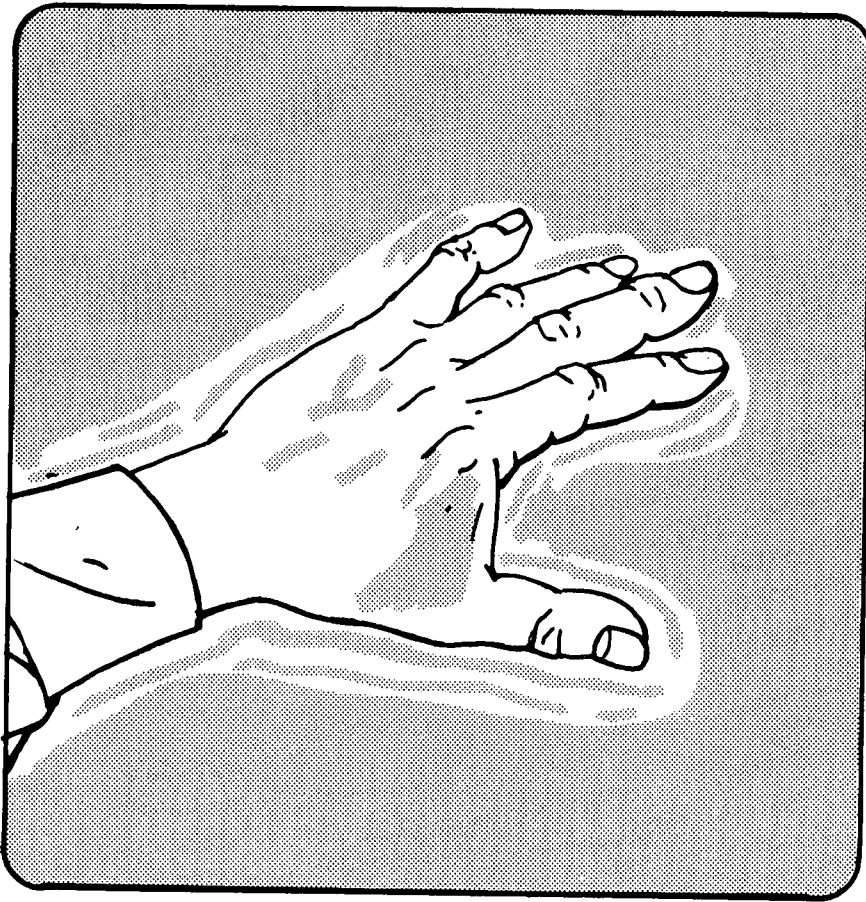


4

---

**¿Se asusta con facilidad?**

Usted marcará “Sí” cuando el entrevistado o informante conteste que todo lo asusta o que se 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 o aburrido?**

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

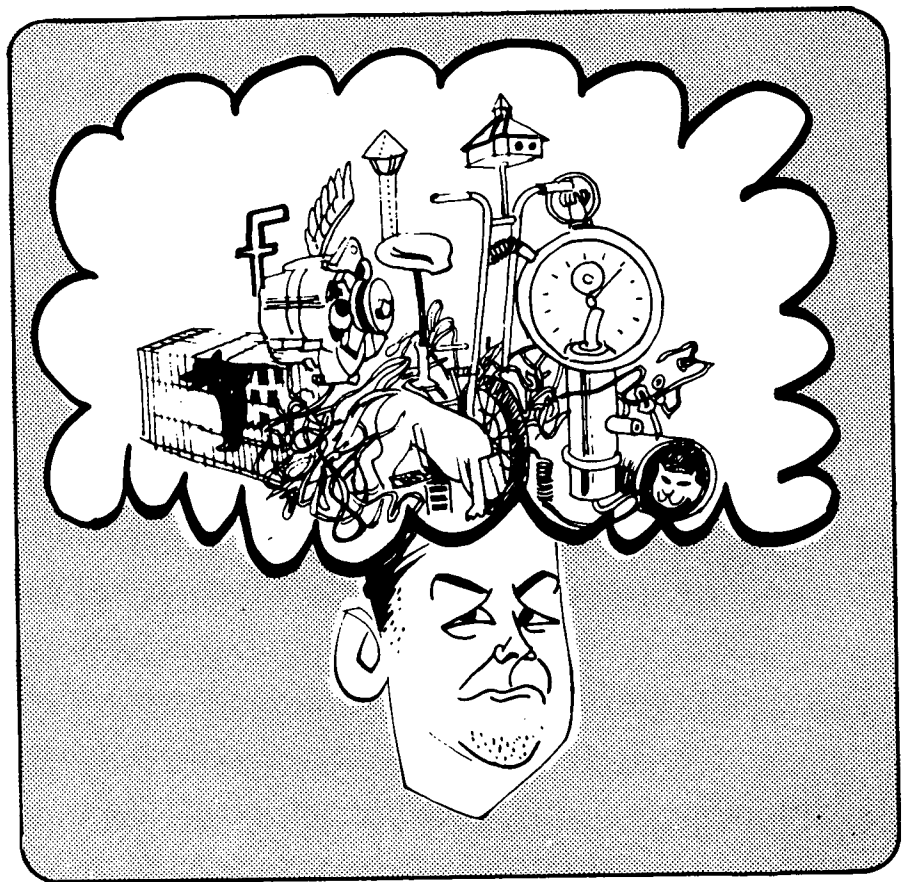


7

---

### ¿Sufre de mala digestión?

Usted marcará "Sí" 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 esta como una respuesta positiva.



8

**¿No puede pensar con claridad?**

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



10

**¿Llora usted con mucha frecuencia?**

Usted marcará “Sí” 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.

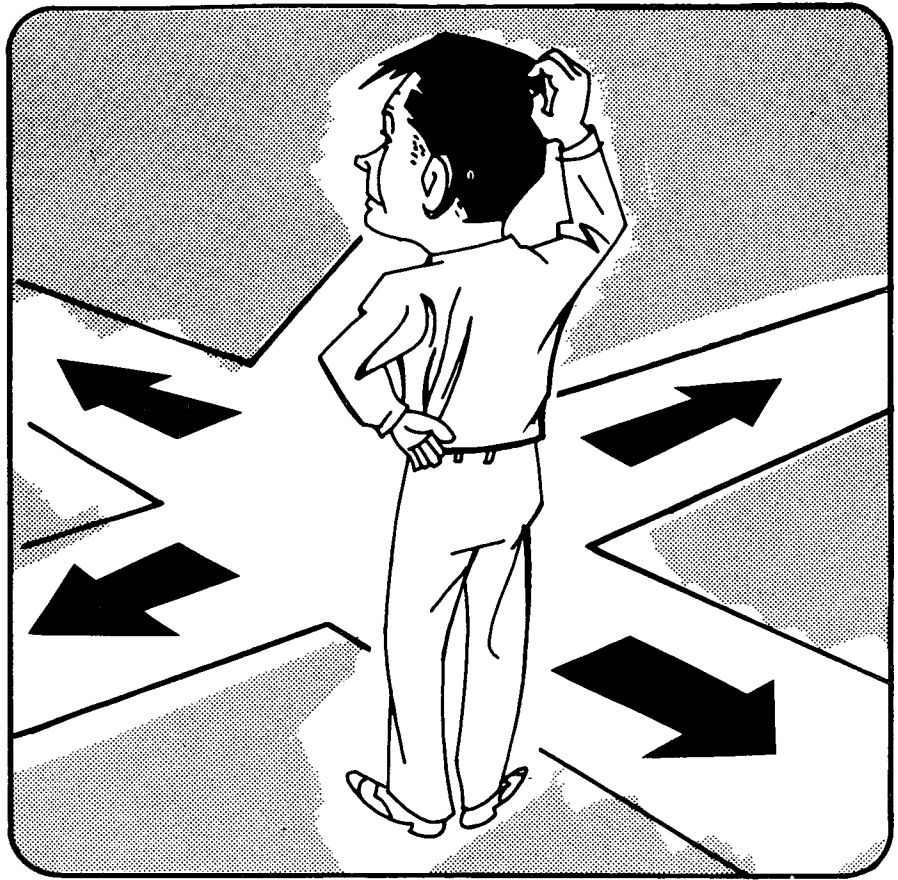


11

---

**¿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 sí 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.

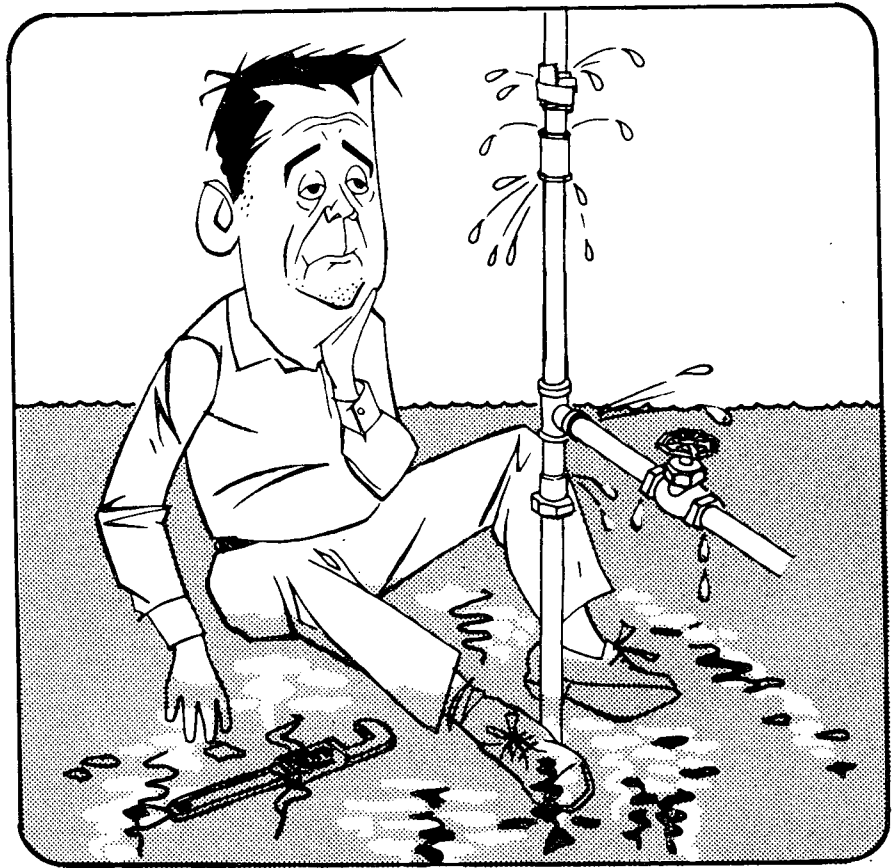


13

**¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)**

Usted también podrá preguntarle: ¿Encuentra que no le gusta nada de lo que hace, o que se le olvidan las cosas? Esta pregunta sirve tanto para las personas que tienen un trabajo y que ganan un sueldo, como para las señoras 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?



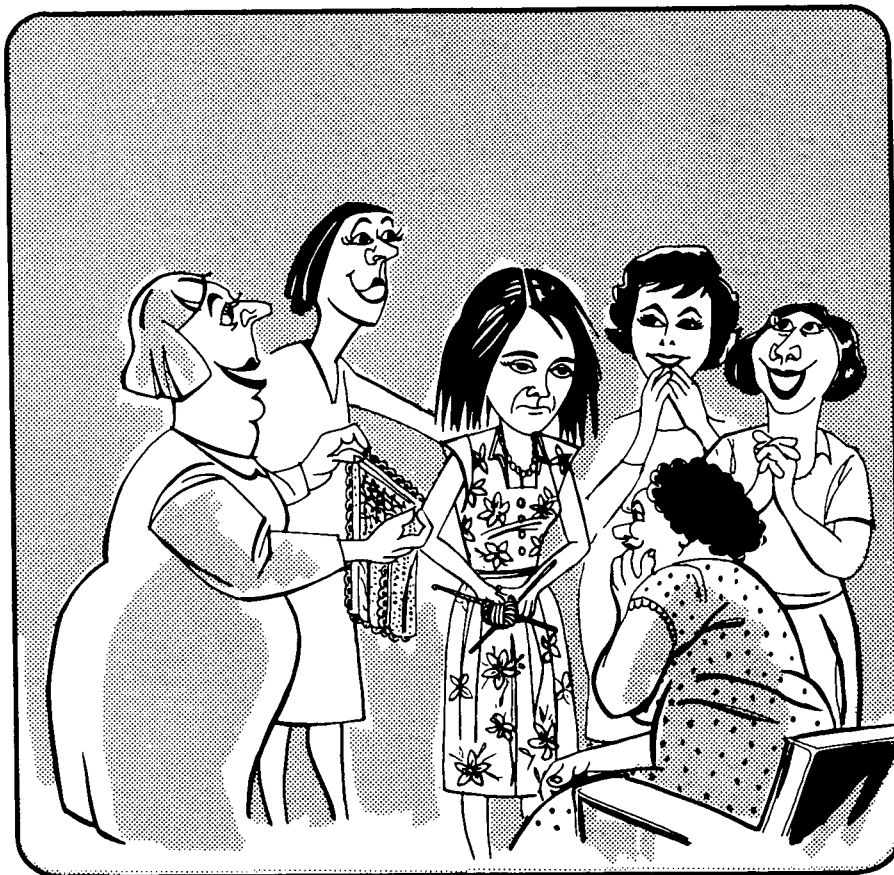
15

---

**¿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



**¿Siente que usted es una persona inútil?**

Es decir, ¿le parece que todas las cosas le salen mal? O ¿siente usted que lo que hace carece de valor o de utilidad?



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 pregunta esto, 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.*



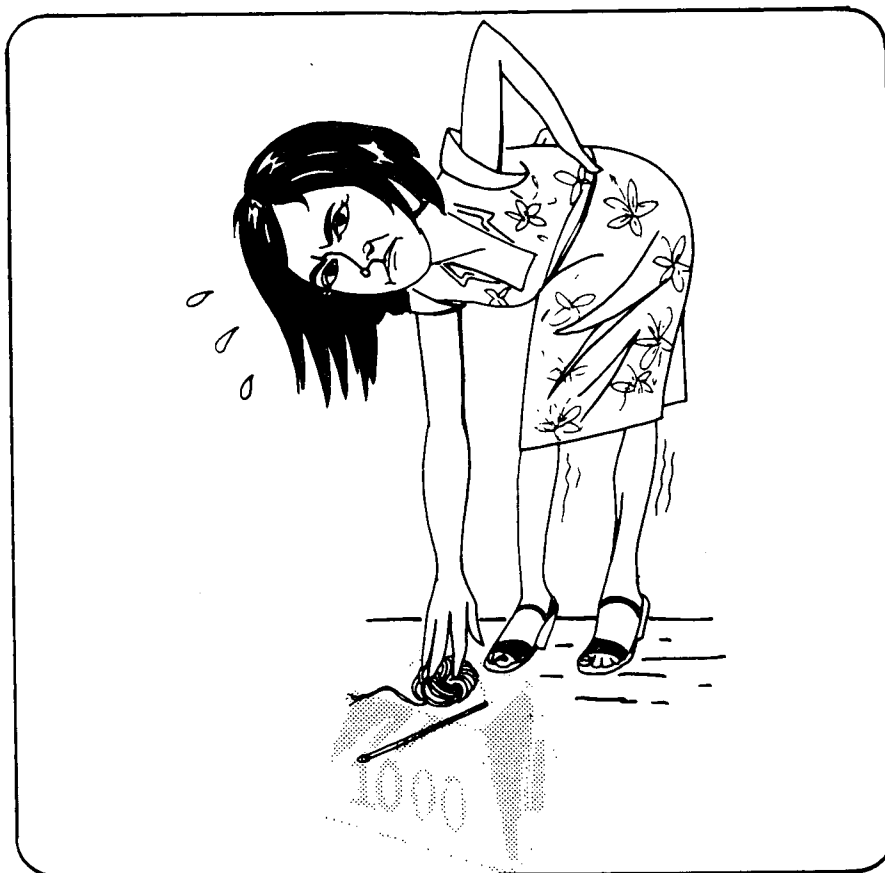
19

---

**¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?**

Si el entrevistado contesta que sí, pídale que diga con sus propias palabras qué es lo que siente, por ejemplo, agrieras, ardor, dolor, pesadez en el estómago, pero insista en que sea solo lo que ha sentido en los últimos 30 días.

20



**¿Se cansa con facilidad?**

Si el entrevistado dice que “Sí”, pregúntele si este cansancio lo siente haciendo las mismas cosas que antes no lo cansaban. Mire cuál fue la respuesta a la pregunta 18. Si el paciente le observa que ya le hizo esta pregunta o una parecida, dígame que no importa, que esta es diferente. Sume las respuestas afirmativas de esta hoja y anote el número de ellas. El total será la puntuación obtenida. Si es de 11 o más, se debe citar al paciente a una visita de seguimiento.



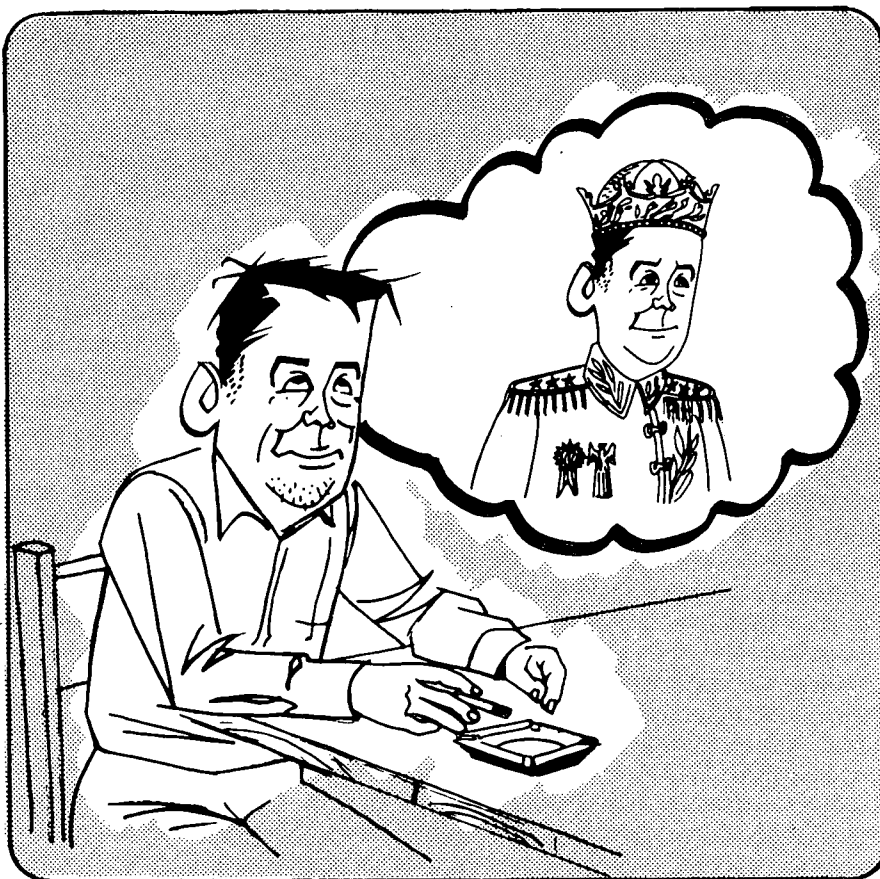
21

**¿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.



22



**¿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?



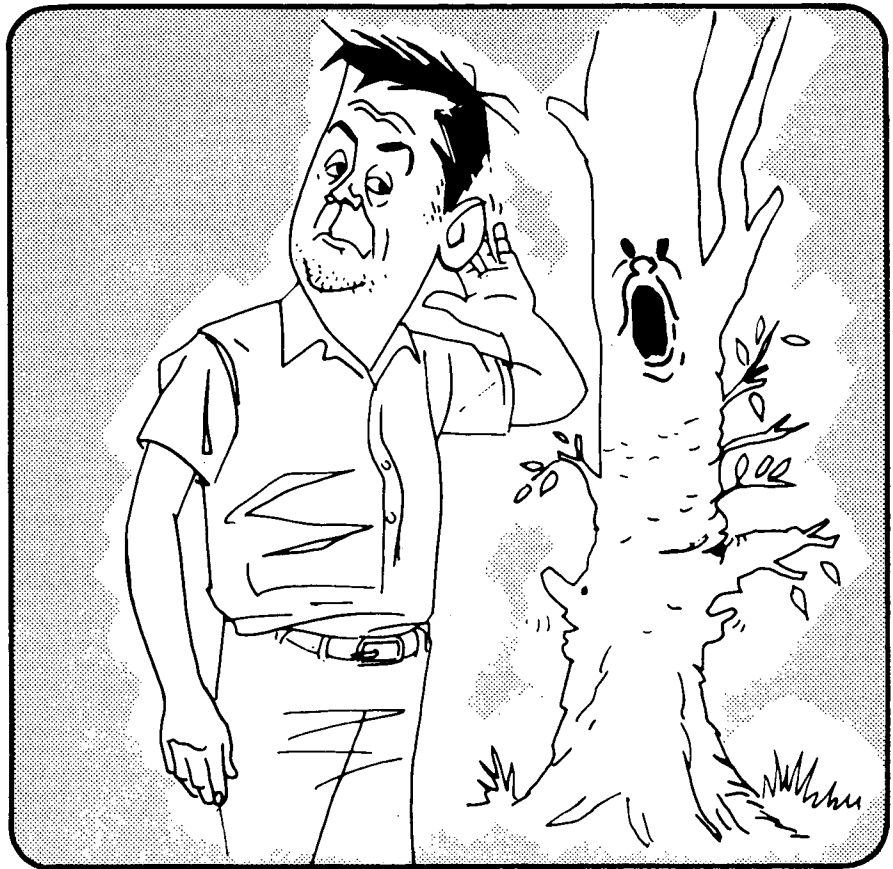
23

---

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

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

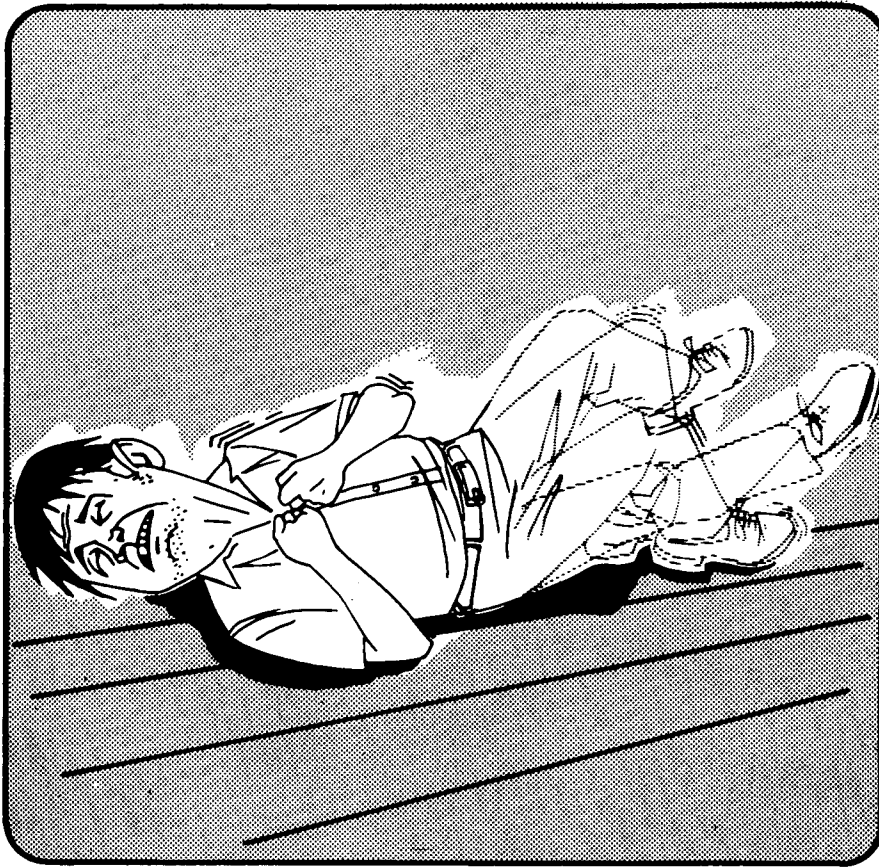
24



**¿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”.



25

---

**¿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.



26

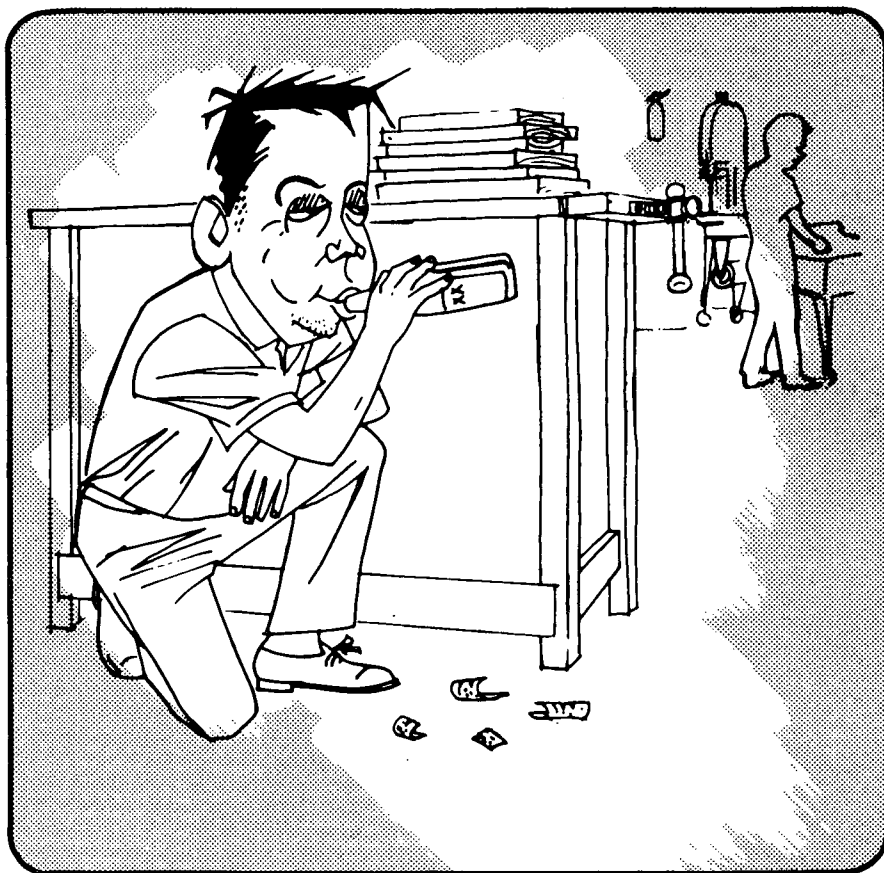
¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?



27

---

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



28

**¿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.

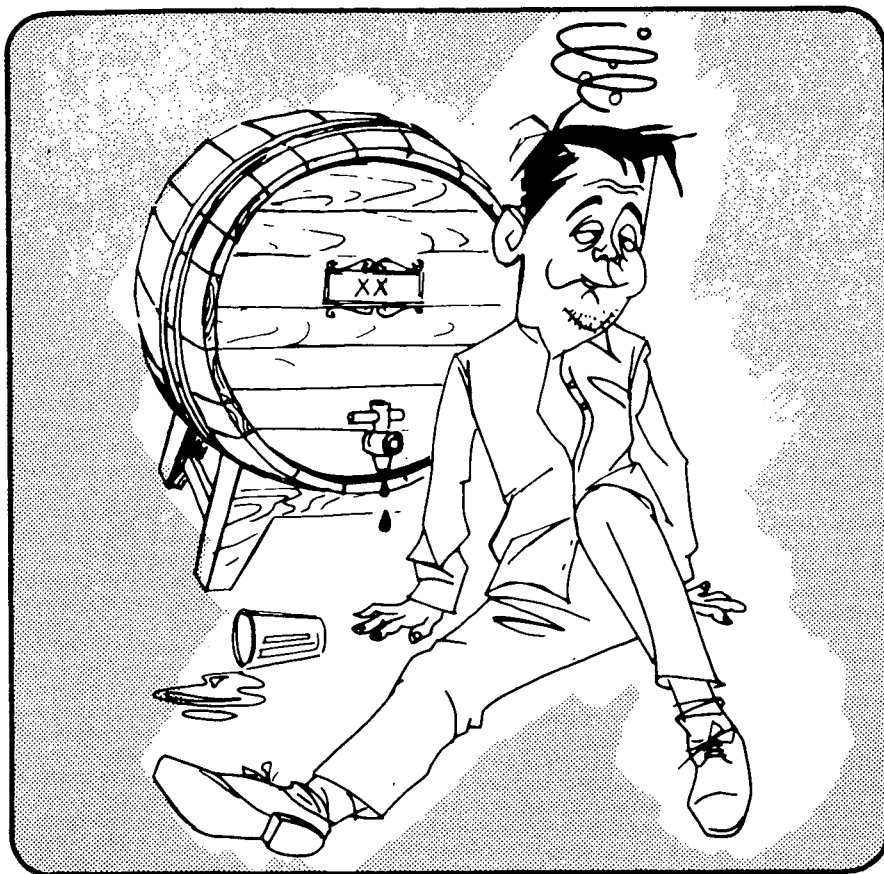


29

---

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





30

**¿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 en las páginas 56-57). En otras palabras, se podrá definir si es un "caso" o no.

Se considerará como "caso" toda persona que tenga 11 o más respuestas marcadas positivamente en las primeras 20 preguntas; o una o más respuestas positivas en el grupo de preguntas del número 21 al 30.

La capacidad para identificar "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 III) 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 once (11) o más respuestas positivas en las primeras 20; o una (1) o más en las preguntas 21 al 30 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:

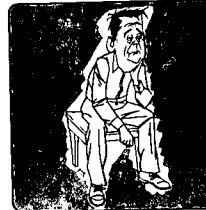
## REVISAR DEPRESION



2 ¿Tiene mal apetito?



3 ¿Duerme mal?



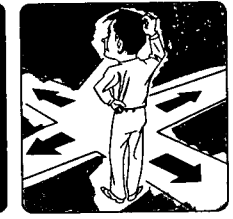
9 ¿Se siente triste?



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? (¿Sufre usted con su trabajo?)



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



15 ¿Ha perdido interés en las cosas?



16 ¿Siente que usted es una persona inútil?



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



18 ¿Se siente cansado todo el tiempo?



20 ¿Se cansa con facilidad?

## REVISAR SINDROME CONVULSIVO EPILEPSIA



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

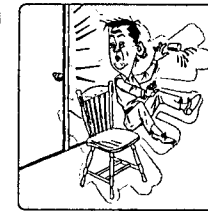
## REVISAR ANGSTIA



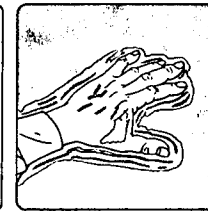
1 ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?



3 ¿Duerme mal?



4 ¿Se asusta con facilidad?



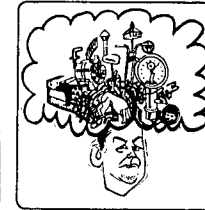
5 ¿Sufre de temblor de manos?



6 ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?



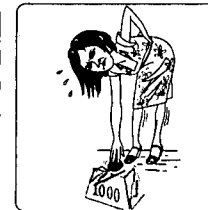
7 ¿Sufre de mala digestión?



8 ¿No puede pensar con claridad?



19 ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?



20 ¿Se cansa con facilidad?

## REVISAR PSICOSIS



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



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



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



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

## PRESENTAR AL SUPERVISOR

Otros síntomas o síntomas variados

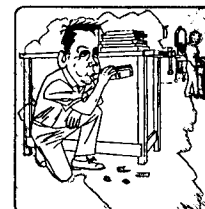
## REVISAR ALCOHOLISMO



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



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



28 ¿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?



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



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

## Los síndromes psiquiátricos más frecuentes

### 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 otros 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, cansancio 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 de una 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 medidas

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 actos 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 (R)]; o Imipramina [Tofranil (R)]). 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. Más tarde se observa el alivio de otros 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.

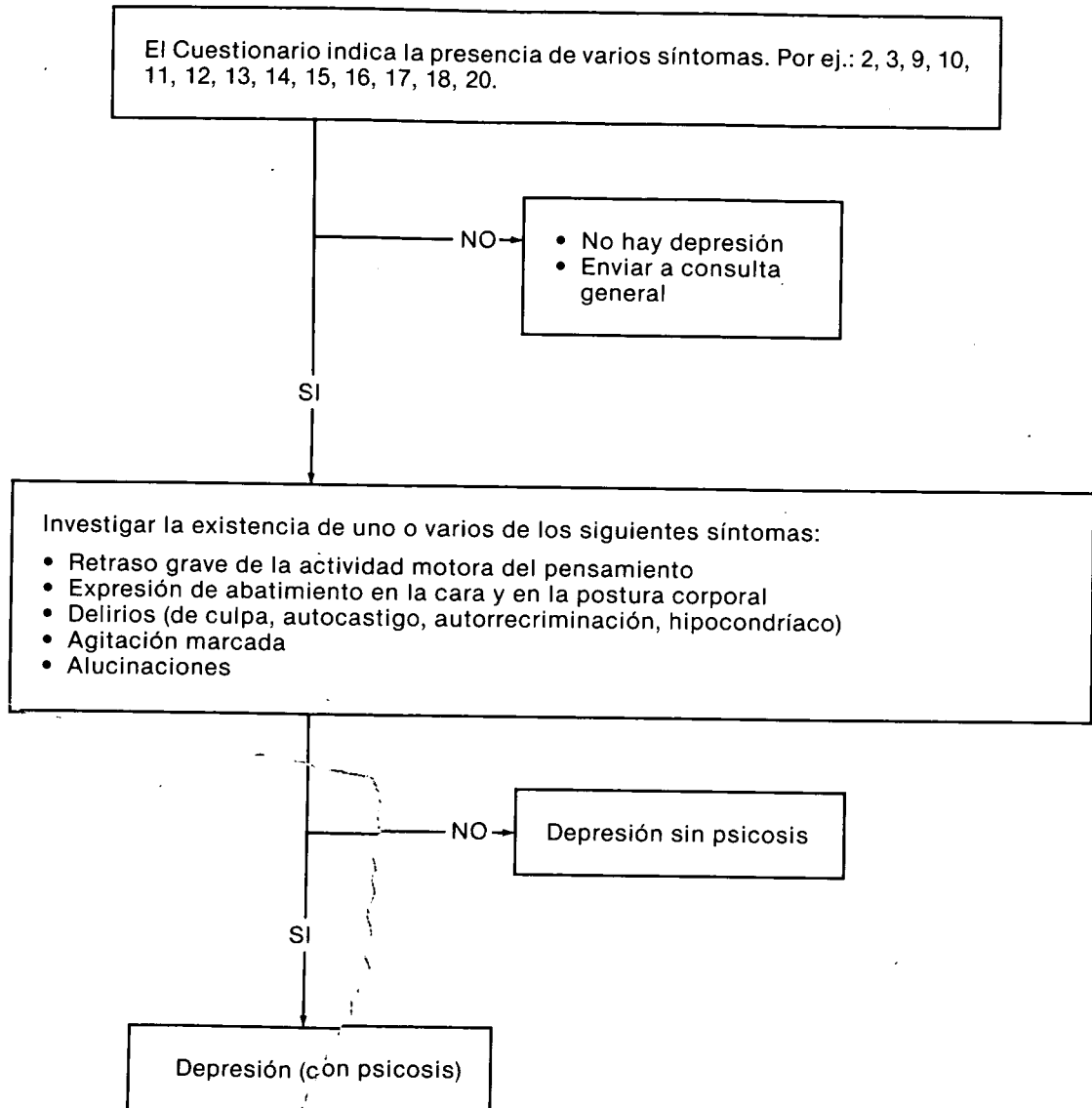
Si estos síntomas son tan graves que llegan a impedir el funcionamiento diario del paciente, o si el paciente se queja de grandes molestias, se debe considerar la suspensión de la droga, lo cual debe hacerse gradualmente (por ej., reducir una tableta por día). Estos fármacos no deben prescribirse para enfermos del corazón, ni para pacientes con hipertensión 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.

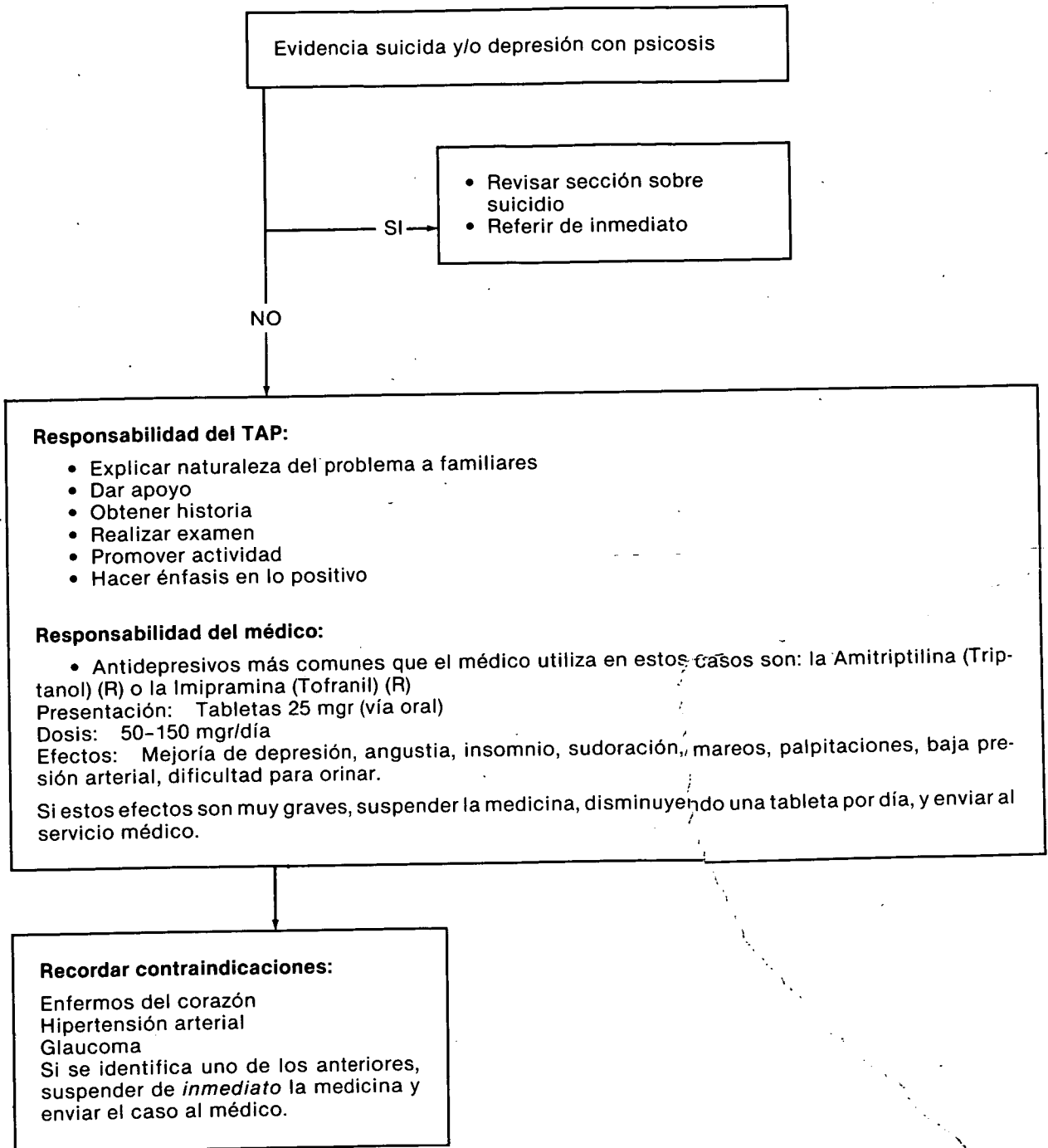
## DEPRESION

**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 riesgos 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 caso 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, ya que en personas de edad el riesgo 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 pa-

ciente 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 inconsciencia, 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 "se-

creto” 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 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 empieza 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.

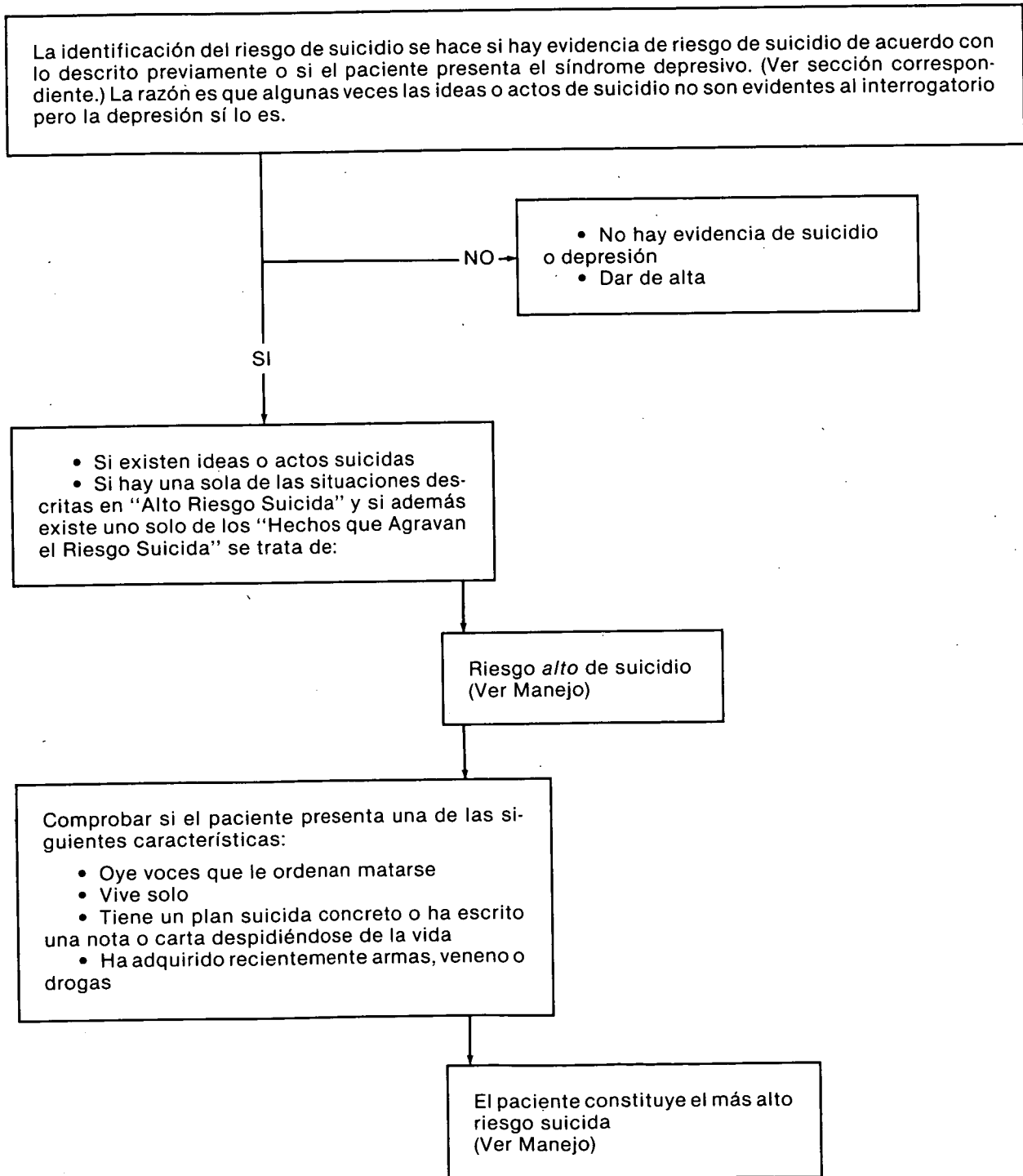
- Esperar 1 hora.

- 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



### 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 hacerse 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 qué 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 males 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 20 preguntas. (Por ej., las respuestas afirmativas a las preguntas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 19, 20.)

El síndrome de angustia está comúnmente relacionado con la depresión, pero también es frecuente encontrarlo independientemente de aquélla, 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 esta 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 de 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; esto 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 *Diacepam*), 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.

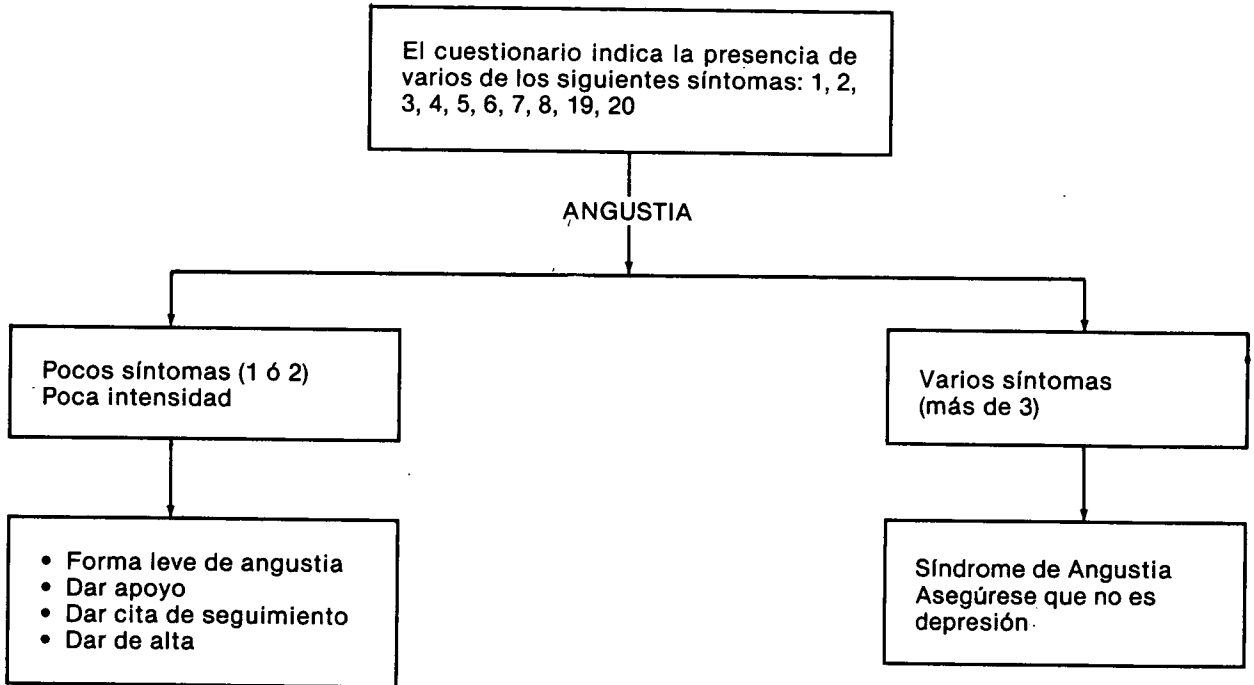
**Uso de medicamentos.** Es necesario cerciorarse que el paciente esté cumpliendo las instrucciones dadas sobre el uso de las medicinas administradas. Los fármacos indicados son sedantes como el *Diacepam*, cuya dosis y forma usualmente utilizadas podrían ser 5 mg en tabletas por vía oral; 1-2 tabletas dos a tres veces al día; por un máximo de una semana.

En los casos de angustia más grave, el médico podría prescribir *Diacepam*, 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.
- Ofrézcase 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:** *Diacepam*, 5 mg por vía oral; 1 a 2 tabletas, 2 a 3 veces al día durante una semana.

**En casos más graves:** *Diacepam*, 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 muer-



to); 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 tornarse 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 de drogas.** El médico se encargará de formular las medicinas que juzgue más adecuadas. Las drogas antipsicóticas más comúnmente utilizadas son las *Fenotiazinas*, y entre estas 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 agiliza 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. Disminuye 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 las 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 si 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 angustioso; o la hipotensión caracterizada por periodos de mareos ("se le va el mundo"), se debe suspender la droga y mandar el 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.

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 calientes 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:

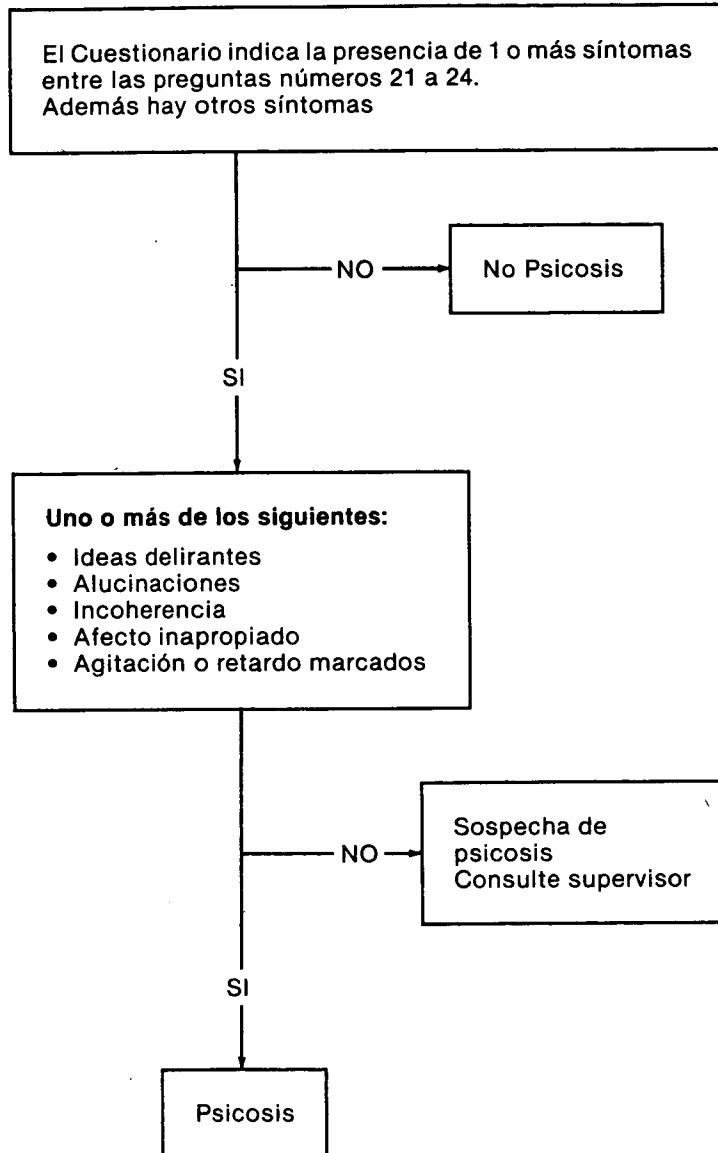
- El paciente comienza a mostrar un comportamiento extraño.
- Se enoja por todo.
- Habla solo.
- Se encierra.
- No quiere ver a nadie.
- Empieza nuevamente a descuidar su presentación personal (no se baña).
- No quiere comer.
- No duerme o le cuesta trabajo quedarse dormido.
- Camina demasiado.

**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.

# PSICOSIS

## Identificación



**Psicosis—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 efectos 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.

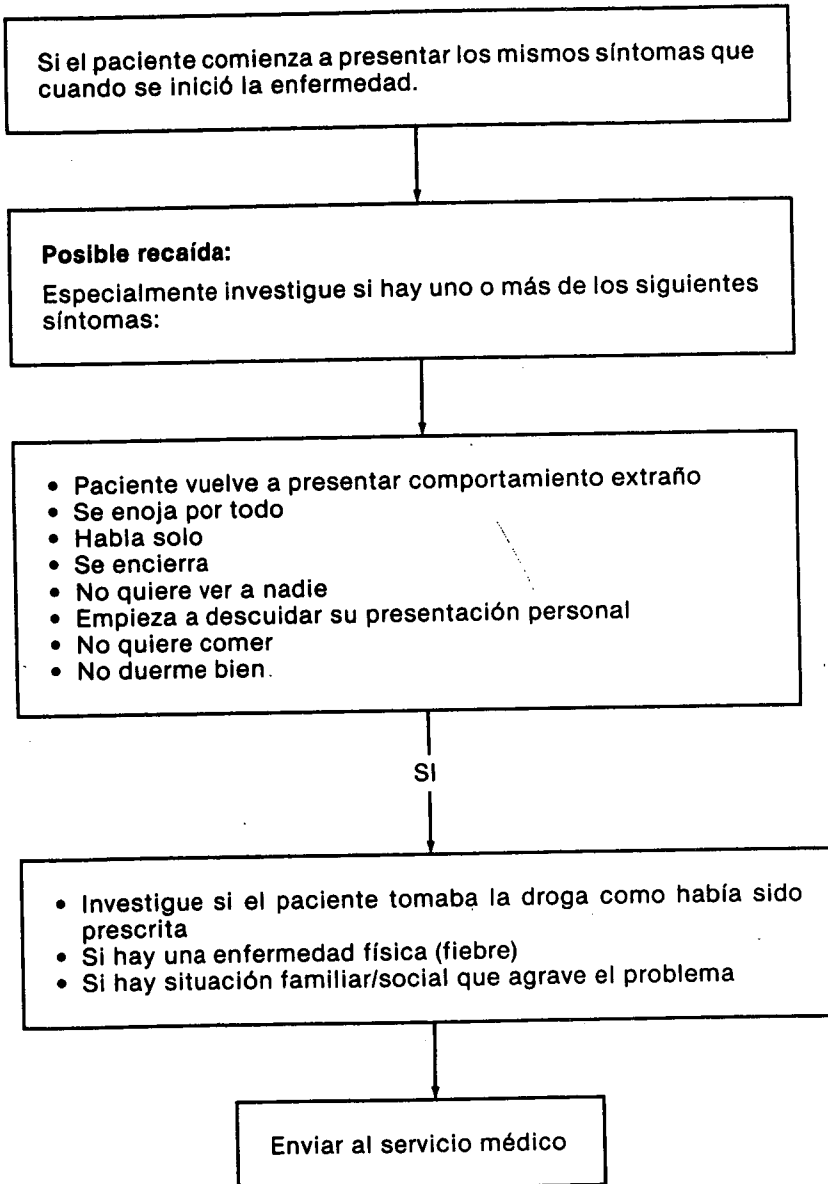
**Clorpromazina 25 mg 3/día × 24 horas** si el paciente no mejora, se aumenta la dosis nocturna a 100 mg al acostarse; y hasta 300 mg al acostarse en los primeros tres días.

***Manejo de los efectos secundarios de las medicinas antipsicóticas***

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

## PSICOSIS

### Identificación de recaída





### Evaluación de conocimientos sobre psicosis

1. ¿Cómo se realiza la identificación de una psicosis?
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. Todos 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 o 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 casos tratando de reducir a estas personas por la fuerza o encerrándolas, 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 interrumpirla, 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 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 Diacepam 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 colocársele a una distancia prudencial del conductor del vehículo que lo lleva, para que en ningún momento interfiera con el manejo del vehículo. Debe sentársele o acostársele lo más cómodamente y disponer de personal suficiente para controlarlo en caso de agitación.

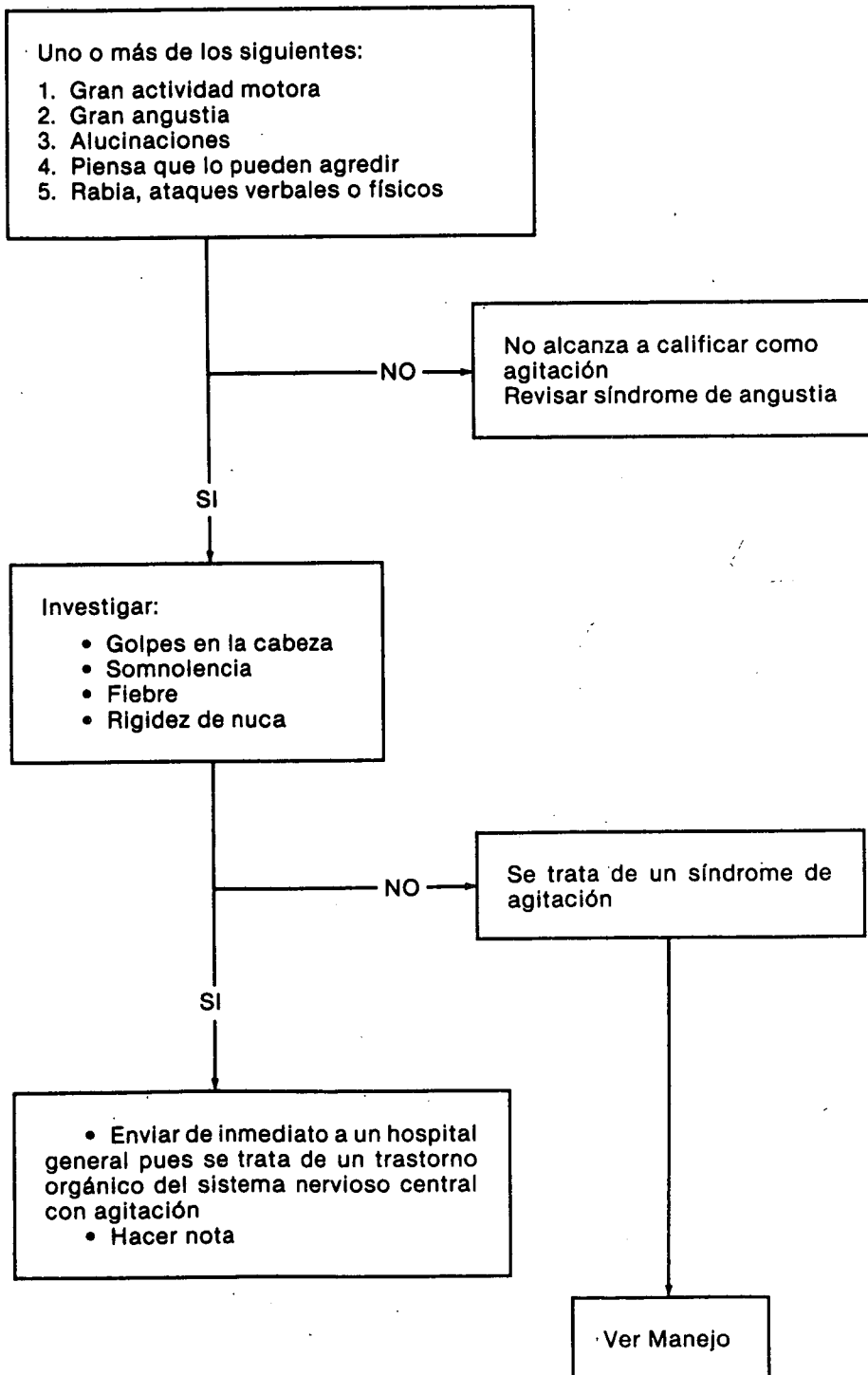
### *Remisión al hospital general*

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 una 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.

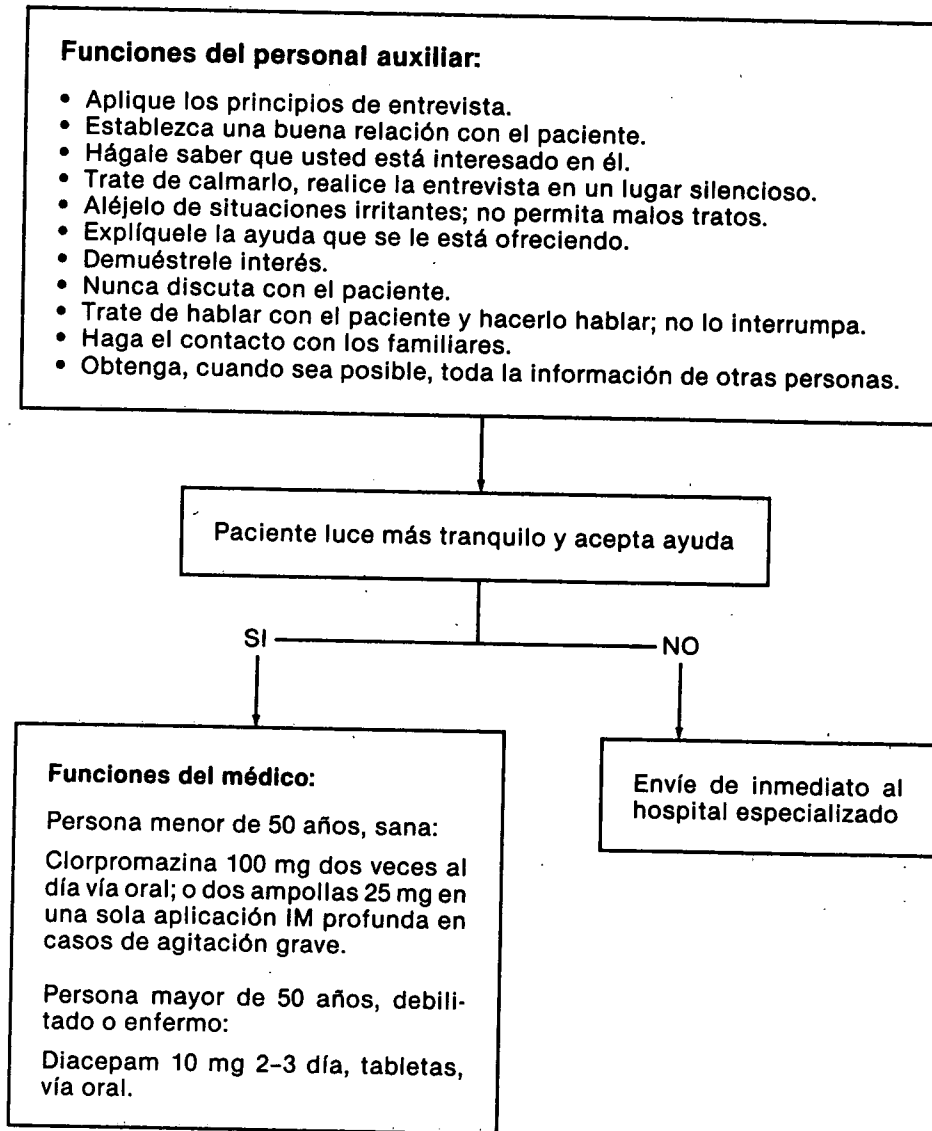
## SINDROME DE AGITACION

### Identificación



## SINDROME DE AGITACION

### Manejo



### **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 es necesario 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 craneales 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 torna 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 pero 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 emer-

gencia 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 del 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.

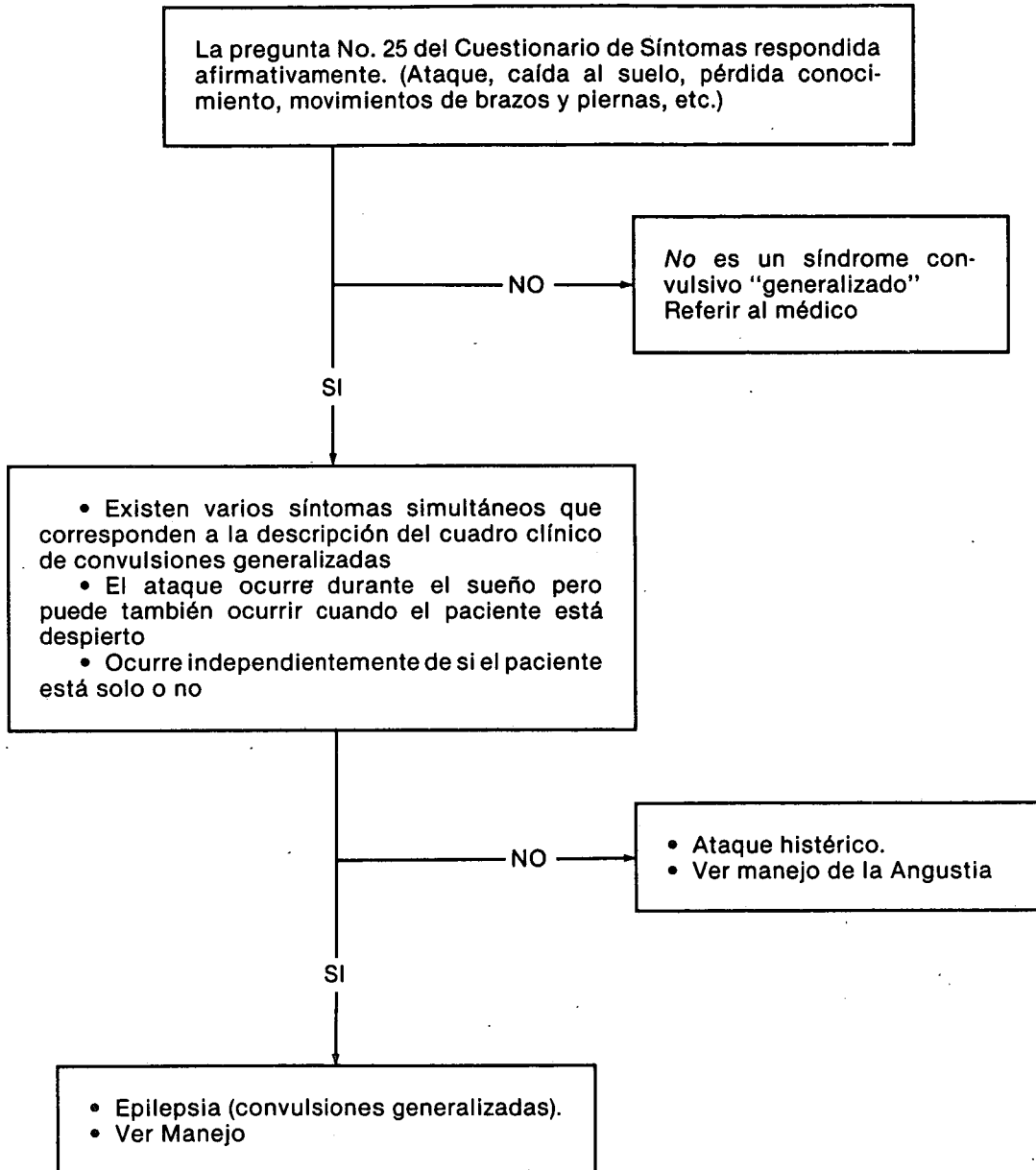
#### *Funciones del médico*

El tratamiento de elección para la epilepsia de convulsiones generalizadas es el Difencil 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.

## EPILEPSIA

### Identificación





## EPILEPSIA

### Manejo

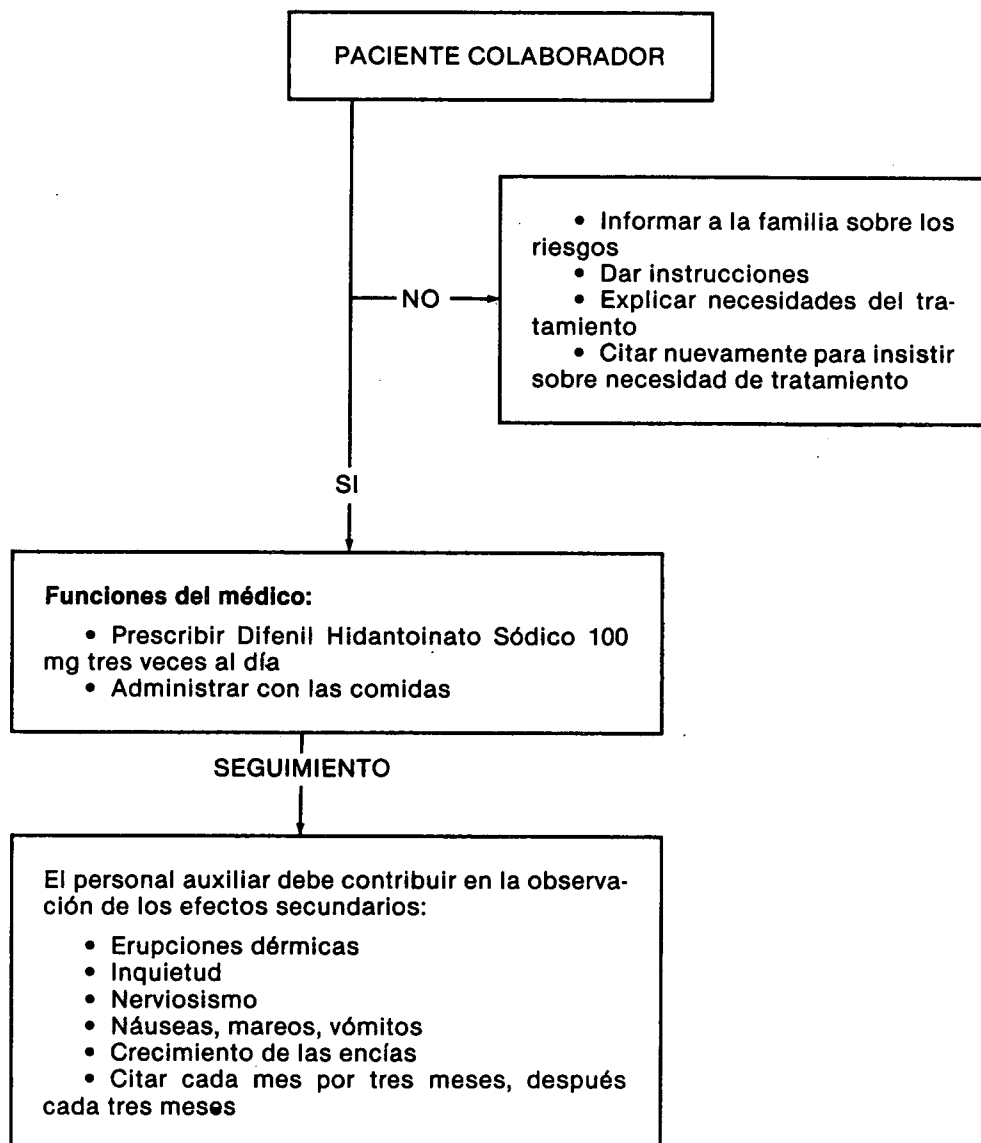
#### Funciones del TAP

##### DURANTE EL ATAQUE:

- Evitar daños físicos al paciente

##### PASADO EL ATAQUE:

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



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 además de las drogas. En el manejo de estos pacientes debe intentarse realizar una 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 Diacepam (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?

## 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 (26 a 30) 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 tornarse 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 los 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 extraordinariamente 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 lo 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.

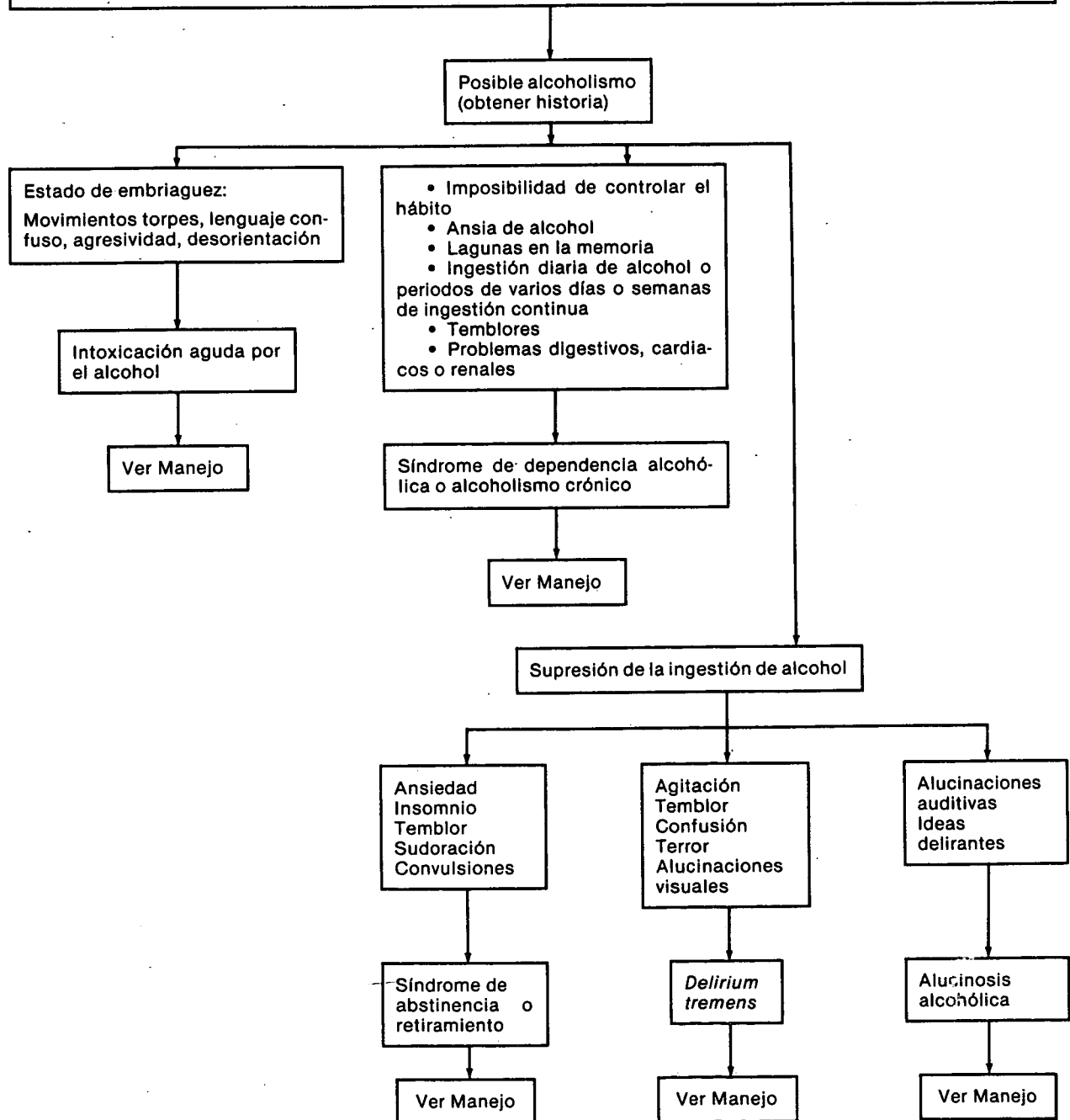
Finalmente, la forma más grave de retiramiento alcohólico está constituida por el *Delirium tremens*, caracterizado por agitación, temblor, confusión, sudor profundo y alucinaciones

## 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.



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 más 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 ese no fuera el caso,

o bien si el paciente se mostrara muy inquieto o agitado, el médico podría recetar Dacepam (R) 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 Diacepam (Va-

lium) 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. ¿Cuáles 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.
8. Describa el *Delirium tremens*.
9. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que se presentan en el retiro alcohólico (abstinencia)?
10. Describa el manejo de la intoxicación aguda por alcohol que aplica el personal auxiliar.
11. Describa el manejo del retiro alcohólico (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.

**APENDICE I**

**Cuestionario de síntomas—SRQ\***

**Estudio colaborador de la OMS sobre estrategias para extender los servicios de salud mental**

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		<input type="text"/> <input type="text"/>	15-16
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	17
Razón de la consulta:			
1. _____			
2. _____			
3. _____		<input type="text"/> <input type="text"/>	18-19
4. _____			
5. _____			

\*Título original = Self Reporting Questionnaire (SRQ)

94 Apéndice I

1. ¿Tiene frecuentes dolores 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, tenso o aburrido?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	25
7. ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	26
8. ¿No puede 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? (¿Sufre usted con su trabajo?)	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. ¿Siente que usted es una persona inútil?	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
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	38
20. ¿Se cansa con facilidad?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	39
Puntuación de las preguntas 1-20 <input type="text"/>			<input type="text"/>	40-41

**Determinación de la puntuación:** Se suman las respuestas afirmativas. Si la puntuación es 11 o más, se debe hacer una cita para una visita de seguimiento (ver el final de este cuestionario).

21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	42
22. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	43
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	44
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO	<input type="checkbox"/>	45
25. ¿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"/>	46

Si alguna de las preguntas 21-25 se responde afirmativamente (Sí), se deben hacer gestiones para iniciar el seguimiento de este caso (ver el final de este cuestionario).



*En adición*, si el comportamiento de un paciente parece ser evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspiroz, habla demasiado, triste o llora), debe también tenerse 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 lo hizo (marque solamente una).

El paciente no quiso cooperar.	<input type="checkbox"/>		47-48	
El paciente no entiende las preguntas.	* <input type="checkbox"/>			
El paciente no puede hablar claramente.	* <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otra razón (especifíquela)	* <input type="checkbox"/>			

---



---

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

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

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	77-79
--	-------

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

---

### Preguntas adicionales sobre alcoholismo

Con el objeto de mantener intacto el formato original del Cuestionario, que permitirá hacer comparaciones entre los casos tratados en diferentes centros, se han añadido algunas preguntas sobre alcoholismo en los números 26 a 30. La respuesta afirmativa a una sola de ellas determina la identificación del paciente como un caso con alto riesgo de sufrir alcoholismo.

- |   |    |    |                          |
|---|----|----|--------------------------|
| 26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?              | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?  | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿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"/> |
| 29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?   | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?   | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

## APENDICE II

### 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 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 anotado 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
  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

\*Los interesados pueden obtener un sistema de registro de casos de salud mental diseñado por la OMS, para uso a nivel de servicios primarios de salud, escribiendo a la Oficina Panamericana de la Salud, División de Salud Mental, Washington, D.C.

### Referencias

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

1. Nombre del paciente
2. Identificación del síndrome hecha 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 casos atendidos
4. Número de casos inscritos anteriormente y que se mantienen en control
5. Número de casos que egresaron. Estos pueden clasificarse por recuperación, traslado a otros servicios, pérdidas de control y deceso.
6. Número de casos visitados
7. Nombre y firma del trabajador auxiliar
8. Nombre y firma del jefe inmediato superior



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

**PXT01**  
**ISBN- 92 75 71002 3**