

# TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

*Psychiatric disorders in primary health care*

**Juan Felipe Martínez Flórez**

© <https://orcid.org/0000-0003-2914-0819>

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

**Iván Alberto Osorio Sabogal**

© <https://orcid.org/0000-0003-3531-0757>

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

**Resumen:** En el presente capítulo se aborda una descripción a profundidad de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en el Suroccidente colombiano, empezando por una definición de trastorno psiquiátrico desde los lineamientos de la OMS. Posteriormente se enfatiza el papel de la familia como un aliado para la orientación, direccionamiento y el acompañamiento del paciente. En adelante, se realiza una exposición de cuatro categorías que agrupan los trastornos mentales más prevalentes en el Suroccidente colombiano, trastornos psicóticos, trastornos del afecto, trastornos de ansiedad y trastornos asociados al envejecimiento. Para cada una de las categorías se exponen los trastornos más prevalentes, sus signos compartidos y específicos, así como sugerencias para un contacto en atención primaria y el direccionamiento inicial de un paciente y su familia.

*Cita este capítulo*

Martínez Flórez, J. F.; Osorio Sabogal, I. A. (2022). Trastornos psiquiátricos en atención primaria en salud. En: Flórez Martínez, J, F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 45-74). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

**Palabras clave:** trastornos psiquiátricos, atención primaria, salud mental, familia, orientación, psicoeducación.

**Abstract:** This chapter provides an in-depth description of the most prevalent psychiatric disorders in southwestern Colombia, starting with a definition of psychiatric disorders based on WHO guidelines. Subsequently, the role of the family as ally for the orientation, direction and accompaniment of the patient is emphasized. Then, an exposition of four categories that group the most prevalent mental disorders in the Southwest of Colombia, psychotic disorders, affective disorders, anxiety disorders and disorders associated with aging, are exposed. For each of the categories, the most prevalent disorders, their shared and specific signs, as well as suggestions for a contact in primary care and the initial direction of a patient and his family are presented.

**Keywords:** psychiatric disorders, primary care, mental health, family, counseling, psychoeducation.

### **¿Qué son los trastornos mentales?**

Los trastornos mentales constituyen un grupo diverso de perturbaciones en el sujeto que son de origen biológico y psicológico. Comúnmente llamadas “enfermedades mentales” sus síntomas afectan las emociones, las funciones cognitivas superiores, la percepción y la capacidad para controlar comportamientos complejos (Fauci et al. 2008) Existen en la actualidad compendios médicos de trastornos psiquiátricos como el CIE-11 (*Clasificación internacional de enfermedades*, undécima versión) redactado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-V). Estos compendios ilustran a partir de categorías sintomáticas, diferentes tipos de trastornos y un método de diagnóstico basado en el reconocimiento de signos o síntomas.

Para la Organización Mundial de la Salud “Los trastornos mentales se caracterizan por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales.” (OMS, 2018). Los trastornos mentales producen síntomas que son observables para la persona afectada o las personas de su entorno. Entre ellos pueden figurar:

- Síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño).
- Síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad).
- Síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria).
- Síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias).
- Alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen).

Este tipo de trastornos o enfermedades mentales, conllevan un gran sufrimiento a aquellos que los padecen y sus familiares o cuidadores. De ahí que, es necesario que el personal de salud pueda contar con información útil y oportuna, para brindar una asesoría o una guía adecuada cuando este tipo de pacientes o sus cuidadores acuden a algún servicio de atención primaria.

Debemos considerar que en psiquiatría la mayoría, si no todos, los diagnósticos dependen de la presencia de síntomas descritos por el paciente y algunos signos clínicos que dependen de la pericia del profesional, más que de pruebas y exámenes paraclínicos (Charlson et al., 2019). La existencia de varios de estos hallazgos por un tiempo determinado en un paciente con ciertos rasgos caracterológicos, permite hacer cuando mucho un diagnóstico sindromático, pues aún hoy la etiología y patogenia de casi todos continúa siendo materia de discusión entre expertos. Aun así, y en consideración a que esta situa-

ción ocurre con un sinnúmero de cuadros médicos, a los que se pone una etiqueta diagnóstica con carácter científico, es mejor ceñirnos a la clasificación vigente que intentar clasificaciones alternativas que oscurecen el panorama de la salud mental, donde la psicología y la psiquiatría se ven cuestionadas en su vigencia como disciplinas clínicas.

## **Familia y enfermedad mental**

El paciente con enfermedad mental severa pierde la capacidad de desempeñar roles sociales de forma parcial, temporal o definitiva. Esto es, la posibilidad de ser lo que los demás llamamos “Una persona útil”. Esta situación transitoria o definitiva genera como consecuencia en el medio circundante, llámese familia, hospital, vecindario o sociedad, el requerimiento que alguien supla las falencias y necesidades del paciente: alimentación, vestido, cuidados, medicinas y apoyo emocional.

Hasta hace pocos años, el manejo del enfermo se dejaba a cargo de las instituciones de salud mental en las que permanecía por periodos prolongados de meses o años, pero por razones diversas (económicas, políticas, sociales y mejores tratamientos), el concepto cambió y al parecer los últimos en darnos cuenta fuimos los encargados de la atención en salud mental.

Los pacientes empezaron a salir de los hospitales y a intentar reincorporarse a la sociedad con las dificultades que esto implica. El problema se había trasladado a la familia y a la comunidad. El dilema más grande era que la visión de la sociedad con respecto a estos sujetos no se había modificado, era más fácil tomar decisiones frente a quien no sabe qué va a hacer con su vida que hacerlo con alguien que interviene, contradice y defiende de forma razonada su punto de vista. El paciente en su nuevo rol de ciudadano era conducido de manera pasiva por la familia y la comunidad siendo cada vez más frecuentes los

choques entre familiares y pacientes. Actualmente el grupo familiar es el que ha sufrido una serie de modificaciones en su funcionamiento debido al regreso del paciente a su entorno y esta reacomodación para lograr que el enfermo mental retome su lugar en la sociedad ha sido bastante traumática.

Desde los años cincuenta los investigadores en salud mental han venido informando del peso emocional, físico y económico que supone la responsabilidad del cuidado del enfermo para los miembros de la familia.

Los costos emocionales sobre los familiares cuya repercusión es inevitable en su estado clínico son ansiedad y tensión, culpa, desmoralización, depresión, dolor y frustración. Además, la incertidumbre, la imprevisibilidad y la confusión son sentimientos que rodean a una familia que intenta adaptarse y afrontar que uno de sus miembros es un enfermo mental (Fekadu et al., 2019).

Las familias asumen la responsabilidad de la supervisión y seguimiento de su familiar enfermo a pesar de lo impredecible que resulta ser. Es natural y comprensible que los familiares que viven con un enfermo con conductas erráticas y en ocasiones peligrosas se muestren tensos y alterados llegando a alcanzar niveles sintomáticos y disfuncionales.

Una de las causas de la carga familiar se deriva de la profundidad y severidad de los síntomas de la enfermedad mental y de sus incapacidades en las diversas esferas de la vida. La esquizofrenia, por ejemplo, supone para los familiares gran número de retos que tendrán que comprender, reaccionar ante ellos, contenerlos y afrontarlos: Trastornos del pensamiento, delirios, alucinaciones, incoherencias y alteraciones súbitas del carácter. Las incapacidades en el trabajo, el ocio, el afecto, los hábitos, las actividades de la vida diaria y la sociali-

zación suponen además dilemas aún más difíciles para los familiares a cuyo cargo está el enfermo.

Es interesante observar cómo existen diferencias culturales en el modo en que las familias responden a la enfermedad mental severa (Abdullah y Brown, 2011). Algunos familiares reaccionan ante el estrés situacional huyendo, rechazando o sobreprotegiendo al paciente totalmente, mientras que en otras familias se crea un círculo vicioso en el cual los síntomas de trastorno mental son influenciados de forma negativa por las relaciones familiares disfuncionales existentes y viceversa.

Los movimientos que se cristalizan en estrategias para abordar a nivel familiar el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos en general, incluyen:

La desinstitucionalización producida por la reducción de la accesibilidad al hospital psiquiátrico y al aumento de la atención y apoyo de los enfermos mentales por parte de sus familiares y el desencanto de la confianza exclusiva en la medicación antipsicótica. El desarrollo de métodos conductuales y educativos para los problemas clínicos de la psiquiatría. Reflejo de esto es la creación y fortalecimiento de los grupos de autoayuda en los cuales los familiares de los enfermos mentales se organizan en torno a la enfermedad y buscan el aumento de la aceptación social y familiar de los enfermos mentales como personas dignas de tratamiento y rehabilitación.

La solución a los numerosos problemas que subyacen al paciente con enfermedad mental psicótica requiere una revisión relacionada con su actual situación en sociedad. En nuestro medio los pacientes permanecen mucho más tiempo en su casa que en el hospital (el tiempo de estancia hospitalaria para estos pacientes es hoy en día de quince a veinte días en promedio) y la satisfacción de sus necesidades tiene

más relación con la familia y las instituciones que trabajan extramuros que con la hospitalización psiquiátrica habitual.

La problemática asociada con estas enfermedades mentales supera al paciente e involucra la familia y al grupo social. La amplitud y complejidad de las manifestaciones psicológicas, el altísimo costo económico que implica la utilización continua de medicamentos, las hospitalizaciones prolongadas y numerosas en muchos casos y el costo social para la familia hace que las personas afectadas tengan un alto riesgo de marginación, inadaptación y exclusión social generando graves repercusiones personales, familiares y sociales.

La satisfacción de las diversas necesidades del paciente con enfermedad mental psicótica requiere entonces aproximarse desde otra perspectiva, generada por la presencia del paciente en la familia y la comunidad buscando mejores condiciones generales de funcionamiento gracias a la existencia de más y poderosos medicamentos antipsicóticos a la que nosotros, los “normales” no nos hemos adaptado.

### **Tipos de trastornos mentales**

La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el retraso mental, el autismo en la infancia y la depresión, son ejemplos de trastornos mentales. Pueden aparecer en varones y mujeres de cualquier edad y en cualquier raza o grupo étnico. Aunque no se conocen perfectamente las causas de muchos trastornos mentales, se cree que dependen de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, como sucesos estresantes, problemas familiares, enfermedades cerebrales, trastornos hereditarios o genéticos y problemas médicos (Tryer, 2015). En la mayoría de los casos, los trastornos mentales pueden diagnosticarse y tratarse eficazmente.

Es clave entender que en el corto lapso que transcurre en una consulta médica no es posible realizar una evaluación profunda de un paciente y es inapropiado emitir un diagnóstico psiquiátrico definitivo (Phillips y Kupfer, 2013). Los clínicos deben limitarse la mayor parte de las veces a explorar el caso, considerar un diagnóstico categórico y a partir de allí plantearse un plan de trabajo ajustado a las necesidades de la persona que consulta.

Aunque en los manuales de diagnóstico se enumera una gran cantidad de trastornos mentales estos pueden ser agrupados en categorías de acuerdo a sus características. En este documento se han agrupado principalmente de acuerdo a dos criterios. En primer lugar, de acuerdo a sus características sintomáticas y, en segundo lugar, de acuerdo al criterio de prevalencia diagnóstica para el Valle del Cauca.

De tal forma, a continuación, encontrará una organización por categorías de estos trastornos, sus características generales, criterios de diagnóstico y una guía básica para la atención primaria y direccionamiento de este tipo de pacientes. Esta guía se organiza entonces de la siguiente manera:

- Trastornos psicóticos.
- Trastornos del afecto.
- Trastornos de ansiedad y fobias.
- Trastornos neurocognitivos asociados al envejecimiento.

## **Trastornos del espectro de la esquizofrenia y trastornos psicóticos**

La palabra esquizofrenia o trastorno psicótico, no refiere específicamente a un trastorno psiquiátrico único. Es una categoría que agrupa diferentes trastornos los cuales guardan cierta semejanza en su



expresión sintomática, pero que en la mayoría de casos se refieren a diagnósticos diferenciados.

Algunas características etiológicas son comunes en este tipo de trastornos. Por lo general, el paciente con algún trastorno del espectro de la esquizofrenia puede mostrar delirios, agitación, alucinaciones, excitación y desorden de la conducta (Miret et al., 2016). Este tipo de paciente tiende a generar cierta molestia en el servicio de salud, puesto que es muy difícil o prácticamente imposible razonar con él. El paciente puede presentar ideas paranoides, además de delirios y alucinaciones; por lo general estos síntomas están referidos a elementos de la vida ordinaria, (el paciente se muestra convencido que las personas conspiran en su contra, o recibe ideas directamente de la televisión, o las conversaciones de los demás son sobre él, etc.) También es común evidenciar pensamiento y lenguaje incoherente, signos de ansiedad e insomnio, euforia y descuido del paciente por las consecuencias de sus actos.

Existen diferentes tipos de trastornos en el espectro de la esquizofrenia, así también diferentes formas cómo estos pueden presentarse en el servicio de salud. En ocasiones la manera de presentarse se asocia al tipo de trastorno específico. Por lo general, los pacientes con algún trastorno del espectro de la esquizofrenia que acuden a consulta por urgencias son de dos tipos. En primer lugar, pacientes con un cuadro crónico (ej.: esquizofrenia) que se encuentran haciendo un episodio agudo o “crisis”; el paciente es llevado por sus familiares o cuidadores dadas las dificultades de convivencia generadas por el episodio. En segundo lugar, pacientes con episodios breves como consecuencia de la ingesta de algún tipo de sustancia psicoactiva o suceso traumático.

El diagnóstico de un trastorno psicótico define en gran medida el rol social de las personas, eclipsando los otros elementos de la vida del

paciente. A partir de ese diagnóstico o sus equivalentes: “esquizofrénico”, “loco”, “zafado”, “bipolar”; esa característica médica se integra a la historia clínica, que en nuestro país es compartida por todos los integrantes del sistema de seguridad social e incluso de personas ajenas a esta labor, haciendo desde entonces parte de su biografía personal e historia de vida, con el potencial estigma y explicación muchas veces equivocada y sobrevalorada de cualquier síntoma o respuesta comportamental del paciente ante situaciones sociales. Esto, que en otros diagnósticos médicos es de mínima relevancia, implica al paciente una renegociación con su identidad como persona, que con frecuencia debe ser escondido para evitar un hándicap negativo en asuntos sociales como búsqueda de empleo o de pareja.

En la población vallecaucana los siguientes son los trastornos psicóticos de mayor diagnóstico y que mayor número de consultas ha registrado en los servicios de urgencias en los últimos años:

- Esquizofrenia
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno de delirios
- Episodio psicótico breve
- Fase maniaca del trastorno afectivo bipolar

Es importante recalcar la importancia de la historia clínica y personal del paciente en este tipo de trastornos. En el caso de trastornos crónicos, por lo general el paciente (de no encontrarse en una fase aguda) o los cuidadores o familiares, pueden referir información útil sobre el manejo que ha tenido el paciente en los últimos años y el tratamiento que le ha sido asignado, así como su adherencia al mismo (Jones et al., 2015). En segundo lugar, en el caso de los episodios psicóticos breves es necesario indagar al paciente o los familiares si en

las últimas horas ha ocurrido la ingesta por parte del paciente de alguna sustancia psicoactiva o algún alimento de ingesta no regular en la dieta del paciente, o por la ocurrencia de algún hecho traumático o inusual los últimos días. En la misma medida, es necesario descartar y diferenciar si los aparentes síntomas corresponden efectivamente a un trastorno psicótico o son síntomas colaterales de alguna enfermedad previa.

También es importante determinar si el paciente se encontraba tomando algún tipo de medicamento como tratamiento para su enfermedad, en muchas ocasiones la aparición de un episodio psicótico se debe a la suspensión del medicamento por parte del paciente debido a la desaparición de los síntomas.

Finalmente, los trastornos psicóticos, que en ocasiones son enfermedades crónicas y recidivantes, pero cuyos síntomas son bastante agudos, llevan a que el paciente en ocasiones sea etiquetado como el “loco” en su contexto y sea rechazado por su círculo social y en ocasiones por sus propios familiares. Por lo tanto, es necesario informar a sus familiares o cuidadores de la naturaleza de esta enfermedad y estimular la comprensión de los mismos hacia el paciente. Además se debe brindar apoyo al paciente, sin juzgar premeditadamente las acciones que lo hayan conducido al servicio de salud y teniendo en cuenta que padece una enfermedad que en muchos casos puede ser más fuerte que su voluntad.

**Tabla 1.** Signos específicos y compartidos de trastornos del espectro de la esquizofrenia y trastornos psicóticos.

	<b>IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE TRASTORNO PSICÓTICO</b>			
	<b>ESQUIZOFRENIA código CIE II: f20x</b>	<b>EPISODIO PSICÓTICO BREVE código CIE II: f23x</b>	<b>PSICOSIS TÓXICA código CIE II: F19xw</b>	<b>TX AFECTIVO BIPOLAR FASE MANIACA código CIE II: F312</b>
Signos diferenciales o específicos para un trastorno <sup>1</sup>	<p>Existencia de un diagnóstico anterior de esquizofrenia o un cuadro que haya durado al menos seis meses.</p> <p>Los episodios son recurrentes.</p> <p>Según la historia referida por el paciente o sus familiares, el paciente ha tenido “fases” en las que ha estado y bien y “fases de recaída”</p> <p>El paciente en ocasiones ha permanecido quieto o inmóvil como una “estatua” durante largos periodos de tiempo.</p>	<p>Nunca antes el paciente ha tenido un episodio psicótico</p> <p>El paciente o los familiares refieren la ocurrencia de algún hecho traumático los últimos días o semanas.</p> <p>Duración mínima de un día e inferior a un mes.</p>	<p>El paciente o sus familiares refieren el consumo de algún alimento o medicamento inusual o el consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>No hay historial previo de otro trastorno psicótico.</p>	<p>Existencia de un diagnóstico previo de trastorno afectivo bipolar. Para diagnosticarlo se requiere presentación de un único episodio psicótico con características de manía, con exaltación o euforia extrema.</p> <p>El paciente ha tenido largos periodos de depresión o ánimo decaído.</p> <p>El paciente ha tenido largos periodos de ánimo eufórico, o exaltado.</p>

<sup>1</sup> Los síntomas para cada uno de los trastornos en este documento han sido extraídos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la American Psychiatric Association, cuarta edición (DSM-V) o el International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CEI II).

IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE TRASTORNO PSICÓTICO				
	<b>ESQUIZOFRENIA código CIE II: f20x</b>	<b>EPISODIO PSICÓTICO BREVE código CIE II: f23x</b>	<b>PSICOSIS TÓXICA código CIE II: F19xw</b>	<b>TX AFECTIVO BIPOLAR FASE MANIACA código CIE II: F312</b>
Signos compartidos	<p>Alucinaciones (visuales o auditivas): el paciente ve personas u objetos que otros no ven, el paciente escucha una o más voces que otros no escuchan.</p> <p>Ideas delirantes: el paciente se muestra convencido respecto a ideas extrañas sobre la realidad (sus familiares quieren hacerle daño, hay gente conspirando en su contra, recibe mensajes directamente en su cabeza, él tiene una misión especial por cumplir etc.) es necesario prestar atención a lo que el paciente dice y no devaluar su historia pese a que no sea real, puesto que le permitirá al paciente sentirse comprendido y será más sencillo contar con su aprobación para someterse a tratamiento.</p> <p>Comportamiento y lenguaje desorganizado: el paciente muestra una conducta desorganizada, le cuesta estar quieto, su lenguaje es imprudente, no mantiene una coherencia en su discurso (habla de un tema y pasa otro con rapidez y sin coherencia) no entiende lo que quiere decir, habla sobre varios hechos o sucesos sin relevancia aparente.</p>			

Fuente: elaboración propia.

Se debe determinar el tipo de trastorno que padece el paciente. El paciente acude al servicio de salud ya sea por urgencias o por consulta externa y usted considera que presenta signos de un trastorno psicótico. A continuación, encontrará una tabla que le muestra signos diferenciales y compartidos de los tipos de trastorno psicóticos más prevalentes con el fin de ayudarlo a determinar si el paciente padece alguno y de qué tipo específicamente para, posteriormente, determinar el curso de acción a seguir.

### **Trastornos del afecto (o del estado de ánimo)**

Los trastornos del afecto o trastornos del estado ánimo son un conjunto de trastornos que afectan principalmente las emociones del sujeto, así como la conducta y su percepción de la realidad. Al estar directamente implicados con las emociones, los trastornos del estado

de ánimo afectan la motivación del sujeto y sus sentimientos (Carvalho et al., 2020; Malhi et al., 2018); en este sentido, cuando los trastornos del ánimo pueden variar el espectro de su expresión. Tendiendo por ejemplo hacia las emociones negativas (ej. tristeza) donde es común encontrar una pérdida del interés por el mundo, las relaciones y la capacidad para disfrutar y encontrar satisfacción en las actividades ordinarias. En contraste cuando los síntomas tienden hacia el espectro positivo (ej. alegría exacerbada) es frecuente encontrar signos de exaltación eufórica, manía e insomnio.

Los trastornos del afecto o del estado de ánimo hacen referencia a una amplia gama de problemas de salud mental. Estos problemas por lo general suelen pasar en inicio desapercibidos en los servicios de salud y en el contexto familiar, generalmente catalogados como episodios breves puesto que todos, en algún momento de la vida, podemos llegar a sentir tristeza o sentirnos deprimidos por algún acontecimiento de la vida, llevando a que este tipo de trastornos no sean considerados de urgencia o que lleguen a necesitar algún tipo de tratamiento. Sin embargo, según la OMS en el mundo hay alrededor de 350 millones de personas que padecen depresión crónica y se calcula que para el 2030 la depresión será la primera causa de incapacidad médica en el mundo. De igual manera, cuando los trastornos del estado de ánimo se convierten en problemas crónicos, no solamente pueden generar incapacidad laboral sino también desembocar en hechos graves como el suicidio.

Específicamente, los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por un conjunto de síntomas físicos y conductuales, además de una regulación inadecuada de los sentimientos y las emociones. Entre los signos más comunes de un trastorno del estado de ánimo podemos contar:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (sentimientos de tristeza recurrente o llanto)
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer

- en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del tiempo
- Insomnio o hipersomnias
  - Pérdida o aumento de peso sin razón aparente
  - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está como “acelerado”
  - Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente)

En la actualidad no existe un consenso claro sobre cuál es la causa de estos trastornos. No obstante, se considera la interrelación de factores contextuales y neurobiológicos como factores de riesgo para el padecimiento de alguno de estos. Para la población vallecaucana estos son los trastornos del estado de ánimo de mayor prevalencia diagnóstica:

- Trastornos depresivos (leve-moderado-mayor)
- Trastornos bipolares y trastornos relacionados
- Trastornos del ánimo secundario a enfermedad médica no psiquiátrica
- Duelo

Los trastornos del estado de ánimo no son específicos a un grupo poblacional determinado, sino que pueden llegar a presentarse tanto en niños como en personas jóvenes y adultos mayores (Kessler et al., 2014). Este tipo de trastornos, supone un gran nivel de sufrimiento por parte del paciente, puesto que afecta directamente sus relaciones con el mundo y los objetos; además en muchos de los casos ocasionan que los pacientes sean incomprendidos por sus familiares y amigos conllevando el aislamiento del paciente. En igual medida, muchos de los trastornos en sus fases iniciales no reciben la suficiente atención por parte de los servicios de salud, e incluso, por parte de los propios pacientes, generando esto que el paciente conviva con los síntomas del trastorno hasta que este alcance una fase crónica de difícil intervención.

Por último, hay que tener en cuenta que algunos de los síntomas de estos trastornos pueden ser reactivos a situaciones particulares como la

pérdida de un ser querido o un suceso catastrófico, de tal forma es importante discriminar cuándo la reacción emocional es producto de una situación puntual y pasajera y cuándo obedece a un trastorno crónico.

**Tabla 2.** Signos específicos y compartidos para los trastornos del estado de ánimo.

	<b>IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE TRASTORNO DEL AFECTO</b>			
	<b>Trastorno depresivo (leve-moderado-mayor) código CIE 11: f32x-f33x.</b>	<b>Trastornos del ánimo secundario a enfermedad médica no psiquiátrica código CIE 11: f06x</b>	<b>Duelo código CIE 11: z63.4</b>	<b>TX afectivo bipolar episodio depresivo código CIE 11: f329</b>
Signos diferenciales o específicos a un trastorno	<p>Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>Los episodios son recurrentes.</p> <p>Según la historia referida por el paciente o sus familiares, el paciente ha tenido “fases” en las que ha estado y bien y “fases de recaída”</p>	<p>Nunca antes el paciente ha tenido episodios de importancia.</p> <p>Diagnóstico de alguna enfermedad catastrófica o crónica.</p>	<p>El paciente o los familiares refieren la ocurrencia de algún hecho traumático los últimos días o semanas.</p> <p>Pérdida de un ser querido, pérdida de una relación significativa etc.</p>	<p>Existencia de un diagnóstico previo de trastorno afectivo bipolar.</p> <p>Evidencia de un cuadro depresivo en el paciente que ha tenido al menos un episodio maníforme previo.</p> <p>El paciente ha tenido largos periodos de depresión o ánimo decaído.</p> <p>El paciente ha tenido largos periodos de ánimo eufórico, o exaltado.</p>



IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE TRASTORNO DEL AFECTO				
	<b>Trastorno depresivo (leve-moderado-mayor) código CIE 11: f32x-f33x.</b>	<b>Trastornos del ánimo secundario a enfermedad médica no psiquiátrica código CIE 11: f06x</b>	<b>Duelo código CIE 11: z63.4</b>	<b>TX afectivo bipolar episodio depresivo código CIE 11: f329</b>
Signos compartidos	<p><b>Cambios del estado de ánimo:</b> el paciente o sus cuidadores refieren cambios persistentes en el estado de ánimo. Estos cambios pueden ser hacia la tristeza excesiva o euforia o alegría inexplicable. Estos cambios en algunos casos pueden o no tener razón aparente y persistente en el sujeto por largos periodos de tiempo, llegando incluso a inhabilitarlo para realizar sus actividades rutinarias.</p> <p><b>Alteración en los ciclos circadianos (sueños-hambre):</b> se refiere a una alteración en sus ciclos naturales. Insomnio recurrente, o exceso de sueño. De la misma manera se reporta falta de apetito o un exceso en la necesidad de comer sin motivo aparente.</p>			

Fuente: elaboración propia.

Se debe determinar el tipo de trastorno que padece el paciente. Este acude al servicio de salud por urgencias o por consulta externa y usted considera que presenta signos de algún trastorno del estado de ánimo. A continuación, encontrará una tabla que le muestra signos diferenciales y compartidos de los tipos de trastornos del afecto más prevalentes con fin de ayudarlo a determinar si el paciente padece algún trastorno del estado de ánimo y de qué tipo específicamente, para posteriormente, determinar el curso de acción a seguir.

### **Trastornos de Ansiedad y Fobias**

Los trastornos de ansiedad afectan cada día a más personas en el mundo. Particularmente se ha encontrado que es en los países industrializados y en vías de desarrollo es donde más se ha incrementado el diagnóstico de este tipo de trastornos (OMS, 2018). Entre las causas se reportan, los cambios demográficos, como el crecimiento poblacional, el desplazamiento forzado, y la creciente urbanización asociada a fenómenos de violencia pobreza y falta de oportunidades que están

modificando los estilos de vida y las percepciones de los individuos generando un impacto negativo en su salud mental.

En Colombia los trastornos de ansiedad han mostrado tener una mayor prevalencia frente a otros trastornos mentales. Específicamente se ha reportado que el 19.3% de la población entre 18 y 65 años de edad reporta haber tenido alguna vez algún tipo de trastornos de ansiedad (Posada-Villa y col 2006) siendo más frecuente su diagnóstico en mujeres con un 21.8%. Para el caso del Valle Cauca, debe anotarse que la región del pacífico colombiano ocupa el primer lugar a nivel nacional de personas que han sufrido alguna vez algún tipo de trastorno de ansiedad con el 22%, seguida por Bogotá con el 21.7%. Los trastornos de ansiedad con mayor prevalencia en Colombia son las fobias específicas; con prevalencia de al menos una vez en la vida de 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida según en ENSM 2015. Llama la atención la edad de inicio reportada para este tipo de trastornos la cual fluctúa entre los 7 años en el caso trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático. Específicamente para el Valle del Cauca los trastornos de ansiedad de mayor prevalencia diagnóstica son:

- Trastorno de ansiedad
- Episodio o crisis de pánico
- Trastorno de estrés postraumático
- Fobia específica o inespecífica
- Trastorno de síntomas somáticos

Los trastornos de ansiedad se relacionan con nuestras reacciones defensivas naturales ante el peligro. Es decir, están íntimamente relacionados con nuestras funciones adaptativas y defensivas naturales como la huida o la lucha (Michelle et al., 2011). Sin embargo, pese a que la respuesta de estrés y ansiedad es natural en el hombre, esta respuesta puede volverse patológica ocasionando un gran malestar y sufrimiento al individuo.

En cuanto a su expresión, los trastornos de ansiedad se caracterizan por estar ligados a las emociones y su expresión. Por lo general, en estos trastornos el sujeto refiere ansiedad constante, sentimientos de miedo y síntomas físicos como náuseas, opresiones en el cuerpo o temblores, entre otros. Un trastorno de ansiedad puede tener diferentes síntomas de acuerdo a un diagnóstico específico, pero de manera general los trastornos de ansiedad se agrupan alrededor de un temor o pavor irracional y excesivo. En igual medida en este tipo de trastornos puede haber un carácter temporal en algunos diagnósticos específicos, mientras otros diagnósticos determinados pueden ser crónicos y agobiar al individuo por años de no realizarse una intervención adecuada. En términos generales algunos de los signos más comunes de un trastorno de ansiedad son los siguientes:

Sentimientos de miedo generalizado (miedo a morir, miedo a salir a la calle, a ser agredido, miedo en general incontrolable a alguna situación)

- Preocupación excesiva por algún tema sea racional o no.
- Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- Síntomas físicos: palpitaciones, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas sensación de desmayo, sensación de parálisis o entumecimiento de las extremidades.

Dentro de los trastornos de ansiedad también encontramos las fobias. Las fobias se relacionan con los trastornos de ansiedad al generar en el individuo un pánico y temor excesivo pero direccionado específicamente hacia un objeto, una situación concreta, como por ejemplo el miedo o fobia a volar o la fobia hacia las serpientes. No obstante, hay que tener en cuenta que no se trata de un temor simple hacia alguna situación, ya que en cierta forma todos podemos guardar cierto rece-

lo hacia las serpientes o sentirnos encerrados en cuarto muy pequeño; sino que se trata de una expresión generalizada y que el sujeto no es capaz de controlar mediante la voluntad, llegando a generar graves desórdenes en su comportamiento frente a la aparición del objeto o situación de su fobia o por la anticipación de dicho objeto o situación.

**Tabla 5.** Signos específicos y compartidos para trastornos de ansiedad y fobias.

	IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD			
	Trastorno de ansiedad generalizado código CIE II: F411	Crisis de pánico-crisis de angustia código CIE II:F410	Trastorno de estrés postraumático código CIE II:F431	Fobia específica código CIE II: F402
Signos diferenciales o específicos a un trastorno	Estado de ánimo ansioso la mayor parte del día. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)	Aparición de miedo o malestar intensos, que no se limitan a estímulos o situaciones específicas, acompañada de síntomas físicos como: palpitaciones, sacudidas de sudoración, temblores sensación de ahogo o falta de aliento, opresión o malestar torácico, náuseas, miedo a perder el control o volverse loco, o miedo a morir	El paciente o los familiares refieren la ocurrencia de algún hecho traumático las últimas semanas o meses. Un suceso violento, terrorismo, presenciar la muerte de un ser querido etc.	Los signos de ansiedad se desencadenan frente a un objeto o situación específico o únicamente con anticipar dicho objeto o situación

	IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD			
	Trastorno de ansiedad generalizado código CIE II: F411	Crisis de pánico-crisis de angustia código CIE II:F410	Trastorno de estrés postraumático código CIE II:F431	Fobia específica código CIE II: F402
Signos compartidos	Sentimiento de ansiedad constante: Sentimientos constantes de angustia, ansiedad, miedo o pavor irracional con motivo o sin motivo aparente. Alteración en los ciclos circadianos (sueño-hambre): él refiere una alteración en sus ciclos naturales. Insomnio recurrente, o exceso de sueño. De la misma manera se reporta falta de apetito o un exceso en la necesidad de comer sin motivo aparente. Síntomas físicos: el estado de ansiedad constante puede producir síntomas físicos como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo etc.			

Fuente: elaboración propia.

Se debe determinar el tipo de trastorno que padece el paciente. El paciente acude al servicio de salud ya sea por urgencias o por consulta externa y usted considera que presenta signos de algún trastorno de ansiedad. La siguiente tabla muestra signos diferenciales y compartidos de los trastornos de ansiedad más prevalentes con fin de ayudarlo a determinar si al paciente padece alguno para, posteriormente, determinar el curso de acción a seguir.

### Trastornos asociados al envejecimiento

La población mundial está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. El número de personas mayores de 60 años aumentará a dos mil millones en 2050 según la OMS y en Colombia según el DANE (2019) la población mayor de 60 años, paso de 9 % hace 13 años a 13, 4 %, es decir un incremento cercano al 50%. Una proporción significativa de esta población tendrá que hacer frente al trastorno neurocognitivo menor (TNm) o mayor (TNM) (DSM V 2015). El deterioro cognitivo en la tercera edad puede afectar la capacidad del individuo para realizar sus tareas habituales, además de restringir severamente la movilidad y afectar la participación social. Además, el TNm es la fase previa de desorden neurocognitivo mayor o demencia.

En los últimos compendios de clasificación clínica CIE-11 (2018) y DSM V (2015) hay un viraje conceptual del término demencia por el de trastorno neurocognitivo mayor. El objetivo de este cambio, radica en contribuir a un consenso sobre lo que se considera envejecimiento patológico y unificar criterios de diagnóstico desde donde se puedan diferenciar las etiologías, cómo la enfermedad de Alzheimer, fronto-temporal, vascular, etc. Por lo tanto, la adecuada detección y clasificación de cambios en el funcionamiento cognitivo en envejecimiento contribuirá a minimizar el impacto del TNM.

EL TNM y la variante de enfermedad de Alzheimer (EA) son desórdenes neurodegenerativos caracterizados por un declive funcional cognitivo progresivo que deteriora la calidad de vida de los sujetos que lo padecen disminuyendo progresivamente su autonomía y capacidades hasta su muerte. Estudios longitudinales (Kim et al., 2015; Molinuevo et al., 2014) reportan que los primeros signos de deterioro pueden aparecer tiempo antes de que aparezcan síntomas clínicos, incluso hasta 10 años antes, de un diagnóstico formal.

Envejecer es un proceso complejo, donde intervienen múltiples variables. Es un proceso dinámico que recae sobre todos los seres vivos, como consecuencia al tiempo de vida y a su vez genera una serie de modificaciones en el organismo, estructurales, psicológicas, funcionales y bioquímicas. Una de las consecuencias de envejecer es la predisposición a padecer algún tipo de enfermedad. En el caso de la salud mental, se han catalogado algunos trastornos a los cuales los seres humanos nos encontramos en mayor predisposición de padecer como consecuencia de los años vividos.

Los trastornos asociados a la edad tienen como agravante que la población mayor en Colombia es una población vulnerable, puesto que la mayoría de los ancianos en nuestro país no cuentan con mayores beneficios o pensión, a esto se suma el estereotipo negativo asociado al envejecimiento ocasionando que en la mayoría de los casos los

adultos mayores sean una población relegada. Según el censo de 2019 se calcula que en el Valle del Cauca residen actualmente entre 500 000 y 600 000 personas mayores de 50 años y se calcula que en los próximos años la población mayor corresponderá a un tercio de la población total del departamento, lo cual demarcará la necesidad de crear políticas de salud y bienestar más equitativas y justas con esta población, de las que existen actualmente.

De manera específica, los trastornos del envejecimiento se caracterizan por estar asociados a las modificaciones del organismo asociadas a la edad. En este sentido, estos trastornos suelen exhibir una disminución de las capacidades mentales y cognitivas de los individuos que los padecen; de tal forma es común encontrar en este tipo de trastornos signos como:

- Deterioro de la memoria
- Alteraciones en el lenguaje
- Deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora esté intacta
- Ideas delirantes
- Historia de dolor crónico no asociado a enfermedad médica (para trastornos de síntomas somáticos)

Es necesario mencionar que, aunque existen trastornos mentales asociados al envejecimiento, esta categoría no es excluyente en sentido que un adulto mayor no pueda presentar algún otro tipo de trastorno mental como un trastorno afectivo tipo depresión (lo cual es muy común en la población mayor) o algún tipo de trastornos somáticos.

Para el Valle del Cauca la prevalencia de diagnósticos de trastornos mentales asociados al envejecimiento es la siguiente:

- Trastorno neurocognitivo mayor variante: enfermedad de Alzheimer
- Trastorno neurocognitivo mayor variante: demencia vascular.

Estos trastornos suponen en muchos casos una convivencia con el trastorno, puesto que, aunque el paciente puede rehabilitarse, en la gran mayoría de casos no se alcanza una curación total y el paciente es susceptible de volver a mostrar síntomas. Por lo tanto, es necesario prestar mucha atención a la historia de estos pacientes y sus cuidadores, así como un apoyo efectivo, puesto que son trastornos que conllevan un gran nivel de sufrimiento y frustración. La pérdida de las funciones cognitivas y la incapacidad para ordenar la conducta adecuadamente ocasionan que estos pacientes en muchos casos generen procesos de depresión crónicos asociados, así como una desmotivación constante lo cual sumado a las difíciles condiciones sociales hace que sea una población con un riesgo de suicidio bastante elevado.

**Tabla 4.** Signos compartidos y signos específicos para los trastornos asociados al envejecimiento.

	IDENTIFICAR EL POSIBLE TIPO DE TRASTORNO ASOCIADO AL ENVEJECIMIENTO			
	<b>Trastorno neurocognitivo mayor: variante enfermedad de Alzheimer código CIE II: f00x</b>	<b>Trastorno neurocognitivo mayor variante demencia vascular multi infarto código CIE II: f01x</b>	<b>Demencia debido a otras enfermedades médicas código CIE II: F03x</b>	<b>Trastorno neurocognitivo menor</b>
Signos diferenciales o específicos A un trastorno	Deterioro objetivo de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente) fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse. Inicio gradual y continuo del deterioro de las funciones cognitivas Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)	Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente, ideas delirantes, déficit cognitivo en procesos como memoria, lenguaje, y ejecución de movimientos)	Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una enfermedad médica diagnosticada previamente como VIH, traumatismo craneal, Parkinson o especificada en un diagnóstico médico previo.	Persona funcional en la vida diaria (puede realizar sus actividades con normalidad) Pérdida de la memoria referida por el sujeto o un informante fiable Rendimiento en un test objetivo de memoria, 1.5 desviaciones estándar debajo de la norma. No cumple criterios para diagnóstico de demencia



	IDENTIFICAR EL POSIBLE TIPO DE TRASTORNO ASOCIADO AL ENVEJECIMIENTO			
	Trastorno neuro-cognitivo mayor: variante enfermedad de Alzheimer código CIE II: f00x	Trastorno neuro-cognitivo mayor variante demencia vascular multi infarto código CIE II: f01x	Demencia debido a otras enfermedades médicas código CIE II: F03x	Trastorno neurocognitivo menor
Signos compartidos	Déficit de funciones cognitivas: el paciente muestra un deterioro perceptible para él mismo o para sus cuidadores, de sus funciones cognitivas básicas como recordar lo que ha sucedido recientemente, planear actividades, reconocer objetos o personas o dificultad para realizar actividades manuales. Síntomas colaterales: algunos de estos trastornos pueden, en muchos casos, acompañarse de síntomas depresivos o de ansiedad debido a la alteración psicológica producto del deterioro cognitivo.			

Fuente: elaboración propia.

Se debe determinar el tipo de trastorno que padece el paciente. Este acude al servicio de salud ya sea por urgencias o por consulta externa y usted considera que presenta signos de algún trastorno asociado al envejecimiento. La tabla le muestra signos diferenciales y compartidos de los trastornos del envejecimiento más prevalentes con el fin de ayudarlo a determinar si al paciente tiene signos de padecer alguno y de qué tipo específicamente para, posteriormente, determinar el curso de acción a seguir

### Direccionamiento del paciente

La asistencia de pacientes con trastorno mental a los servicios de APS es más alta de lo que se suele pensar. Usualmente los pacientes y familias que acuden al servicio presentan cuadros complejos donde los padecimientos psicológicos o psiquiátricos muestran comorbilidad con condiciones de vulnerabilidad o problemas con su contexto. De tal forma, y teniendo en cuenta que el servicio de APS es usualmente el primer punto de contacto del paciente o su familia con el servicio de atención, es necesario que su personal cuente con elementos suficientes para identificar y brindar orientación en trastornos menta-

les de manera efectiva. Cuando un paciente y su familia con algún padecimiento de naturaleza psicológica o psiquiátrica, acude a un servicio de atención en salud y se pretende brindar algún tipo de asistencia o direccionamiento, es de suma importancia poder plantear un ambiente de comprensión que a su vez permita que el paciente y la familia puedan comunicar información relevante para su direccionamiento. Se ha identificado que un adecuado y asertivo direccionamiento tiene un impacto positivo en reducir la frecuencia de consultas y el costo social de los trastornos mentales (Hudon et al., 2018).

A continuación, presentamos un modelo básico para una entrevista inicial del paciente con algún trastorno mental y su familia o acompañante. Este modelo pretende ser de fácil ejecución proponiendo una fase inicial de indagación donde se busca establecer un panorama del caso a partir de caracterizar el motivo de consulta, los antecedentes clínicos, el estado mental del paciente y la evaluación del riesgo de hetero o autoagresión.

En segunda instancia, se ofrecen algunas preguntas a modo de sugerencia para profundizar en la entrevista. Si bien son preguntas generales que podrían brindar información útil para estimar el curso a seguir en la atención. A este respecto, se recomienda complementar esta aproximación con la lectura de los capítulos cuatro y cinco de este documento. Pues, si bien aquí se ofrece una guía básica de entrevista, es apenas una guía básica para la caracterización del paciente. Los trastornos mentales, la identificación correcta de síntomas, su intensidad y la valoración del riesgo, pueden requerir el uso de ayudas diagnósticas como cuestionarios o guías de preguntas más puntuales para una problemática o trastorno específico.

Por último, en una fase de intervención se explora el curso a seguir con el paciente. En esta fase, se presentan las acciones a considerar o tener en cuenta en caso de requerir la remisión del paciente a otro nivel de atención, o si por el contrario, se puede establecer un direccionamiento en el servicio de APS o medicina general o en algún otro servicio que se encuentre a disposición. Una vez más se recomienda consultar, la

última parte de este manual, donde se presenta un directorio de instituciones que puede ser de ayuda para el paciente o su familia.

**Tabla 5.** Guía básica para el direccionamiento inicial de un paciente con trastorno mental.

<b>GUÍA BÁSICA PARA UNA ENTREVISTA Y MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL EN APS</b>				
	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Antecedentes Clínicos (historia y medicación)</b>	<b>Evaluación del estado mental</b>	<b>Evaluación de riesgos para el paciente</b>
<b>Fase de indagación</b>	Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar	Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, tanto en salud mental como otro historial médico.  Si el paciente tiene antecedentes de enfermedad mental es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió. Evaluar la opción que el paciente pueda tener otra enfermedad asociada que sea la causa de los síntomas psicóticos.	Se debe determinar el estado del paciente, si está consciente o inconsciente, orientado, eufórico, abúlico.	¿El paciente ha amenazado con agredir a otros o a él mismo?  Aunque el paciente no refiera explícitamente se debe determinar el riesgo. Si es necesario consulte el capítulo 3 donde encontrará cuestionarios específicos para la valoración del riesgo.
<b>Sugerencias para la entrevista previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Con que frecuencia se presentan este tipo de episodios?</li> <li>- ¿Cómo han sido tratados hasta el momento?</li> <li>- ¿Pudo haber ocurrido algo que incitara que sucediese el episodio?</li> <li>- (suceso traumático o ingesta de alguna sustancia)</li> <li>- ¿Cuál es el manejo que se le ha dado en casa a estas situaciones?</li> <li>- ¿Toma algún medicamento, además del medicamento el paciente ha recibido</li> </ul> <p>algún tipo de psicoterapia por un tiempo sostenido?</p> <p>Para profundizar en la entrevista véase capítulos 4 y 5 del presente documento.</p>			

<b>Fase de intervención y remisión del paciente</b>	<p>Una vez se ha logrado establecer un panorama del estado y la historia del paciente se debe determinar el procedimiento a seguir con el mismo.</p> <p>Evalúe si se requiere una remisión a una institución especializada en salud mental o basta una intervención en el nivel primario en medicina general.</p> <p>Si se requiere remitir revise el apartado final de este manual para instituciones especializadas en salud mental y las personas de contacto.</p> <p>Tenga en cuenta que en muchas ocasiones la ocurrencia de una crisis se debe a la suspensión del tratamiento farmacológico, de tal forma el servicio de medicina general se encuentra en capacidad de reformular al paciente</p> <p>Tenga en cuenta los servicios prestados en la institución hospitalaria como: psicología, trabajo social u organizaciones de apoyo comunitario como redes sociales de apoyo, grupos terapéuticos u ocupacionales que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.</p> <p>Para el caso de las psicosis, el paciente puede ser llevado por sus cuidadores muy probablemente porque el paciente se encuentra en una fase aguda o de crisis.</p> <p>En este sentido es necesario realizar una remisión inicial al servicio de medicina general puesto que el paciente probablemente deba ser sedado.</p> <p>En este caso es de vital importancia prestar apoyo a los familiares y un direccionamiento efectivo para atención del paciente.</p> <p>Tenga en cuenta que algunas instituciones solicitan exámenes de laboratorio previos al ingreso del paciente. Antes de remitir se recomienda revisar el directorio de intuiciones en la sección final de este manual.</p>
---	--

Fuente: elaboración propia.

## Referencias

- Abdullah, T., & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethno-cultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 934-948. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.003>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson, (2003).
- Carazo, T. E., & Nadal Blanco, M. J. (2002). Entrevista psiquiátrica en Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 28(4), 185-192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1138->

3593(02)74053-7.

- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>.
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).
- Fauci, A. S., Kasper, Dennis L., Hauser, Stephen L., Longo, Dan L.; Loscalzo, J. (2018). *Harrison's Principles of Internal Medicine, Twentieth Edition (20th ed.)*. McGraw-Hill Education / Medical. ISBN 978-1259644030.
- Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K. J., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e032391. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032391>.
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Bouliane, D. (2018). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232. <https://doi.org/10.1370/afm.2233>.
- Jones, R., Major, B., & Fear, C. (2015). Schizophrenia in a Primary Care Setting. *Current Psychiatry Reports*, 17(10), 84. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0620-y>.
- Kessler, R. C., de Jonge, P., Shahly, V., van Loo, H. M., Wang, P. S.-E., & Wilcox, M. A. (2014). Epidemiology of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 7-24). The Guilford Press.
- Kim, H. T., Kim, B. Y., Park, E. H., Kim, J. W., Hwang, E. W., Han, S. K., & Cho, S. (2005). Computerized recognition of Alzheimer disease-EEG using genetic algorithms and neural network. *Future Generation Computer Systems*, 21(7), 1124-1130. [doi:10.1016/j.future.2004.03.012](https://doi.org/10.1016/j.future.2004.03.012).

- Malhi, G. S., Irwin, L., Hamilton, A., Morris, G., Boyce, P., Mulder, R., & Porter, R. J. (2018). Modelling mood disorders: An ACE solution? [<https://doi.org/10.1111/bdi.12700>]. *Bipolar Disorders*, 20(S2), 4-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bdi.12700>
- McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. (2020) Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry*.;77(2):201–210. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360.
- Michelle G. Craske, Ph.D., Scott L. Rauch, M.D., Robert Ursano, M.D., Jason Prenoveau, Ph.D., Daniel S. Pine, M.D and & Richard E. Zinbarg, Ph.D. (2011). What Is an Anxiety Disorder? *FOCUS*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>.
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., & Fañanás, L. (2016). Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research [[10.1016/j.rpsmen.2016.04.005](https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.04.005)]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 9(2), 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.04.005>.
- Molinuevo, J. L., Ripolles, P., Simó, M., Lladó, A., Olives, J., Balasa, M., Rami, L. (2014). White matter changes in preclinical Alzheimer's disease: a magnetic resonance imaging-diffusion tensor imaging study on cognitively normal older people with positive amyloid  $\beta$  protein 42 levels. *Neurobiology of Aging*, 35(12), 1–10. <http://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2014.05.027>.
- Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet*, 381(9878), 1663-1671. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7).
- Tyrer, P. (2015). Mental Illness, Etiology of. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 204-208). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.27024-4>.
- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.