



### **Cita este libro / Cite this book**

Martínez Flórez, J. F. (2022). (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

### **Palabras Claves / Keywords:**

atención primaria en salud, problemáticas sociales, salud mental, trastorno mental, rutas de atención, cuidado del paciente, diagnóstico psiquiátrico.

Primary health care, social problems, mental health, mental disorder, care routes, patient care, psychiatric diagnosis.

### **Contenido relacionado:**

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

# **MANUAL PARA LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL VALLE DEL CAUCA**

*Handbook for mental health in primary care  
in Valle del Cauca*

Juan Felipe Martínez Flórez

Editor científico



EDITORIAL

Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca / Juan Felipe Martínez Flórez [Editor científico]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial, 2022.

240 páginas: ilustraciones; 24 cm.  
Incluye referencias bibliográficas.

**ISBN:** 978-628-7604-00-1      **ISBN (Digital):** 978-628-7604-01-8

1. Salud mental 2. Prevalencia trastornos mentales 3. Envejecimiento. 4. Trastornos neurodegenerativos  
I. Juan Felipe Martínez Flórez. Facultad de Salud. Universidad Santiago de Cali.

LC WM105

CO-CaUSC  
Jrgb/2022



### **Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca.**

© Universidad Santiago de Cali.

© Editor científico: Juan Felipe Martínez Flórez.

© **Autores:** Francisco Javier Gorjón Gómez, Jéssica Marisol Vera Carrera, Rosaura Rojas Monedero, Pedro Paul Rivera Hernández, María Gabriela Zapata Morán, Alejandro Ramírez Viveros, Rosa Tulia Cruz Medina, Claudia Elisa Valero, Jorge Eduardo Serna Jiménez, Isabel Cristina Calero Clavijo y Angelica Cecilia Martínez Martínez.

**Edición 100 ejemplares.**  
Cali, Colombia-2022.

#### **Fondo Editorial**

##### **University Press Team**

Carlos Andrés Pérez Galindo  
Rector  
Claudia Liliana Zúñiga Cañón  
Directora General de Investigaciones  
Edward Javier Ordóñez  
Editor en Jefe

#### **Comité Editorial**

##### **Editorial Board**

Claudia Liliana Zúñiga Cañón  
Edward Javier Ordóñez  
Paula Andrea Garcés Constaín  
Sergio Molina Hincapié  
Jonathan Pelegrín Ramírez  
Yuirubán Hernández  
Jhon Fredy Quintero-Uribe  
Milton Orlando Sarria Paja  
José Fabián Ríos Obando

#### **Proceso de arbitraje doble ciego:**

“Double blind” peer-review.

#### **Recepción/Submission:**

Marzo (March) de 2022.

#### **Evaluación de contenidos/**

##### **Peer-review outcome:**

Marzo (March) de 2022.

#### **Correcciones de autor/**

##### **Improved version submission:**

Mayo (May) de 2022.

#### **Aprobación/Acceptance:**

Mayo (May) de 2022.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

# **AGRADECIMIENTOS**

## Acknowledgments

Este Manual es producto del trabajo en salud mental realizado durante años en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle a partir del proyecto Psicólogos en las Escuelas. Agradecemos a todos aquellos profesionales que participaron de dicho proyecto y contribuyeron de diferentes maneras en hacer que fuera posible llevar salud mental a diferentes instituciones y rincones del Valle del Cauca, aunque hoy en día la salud mental haya pasado a un segundo plano en nuestro departamento. Como profesionales es nuestro deber seguir brindando la posibilidad de acceder a una mejor calidad de vida y que a futuro sea posible continuar con otros proyectos que hagan que las vicisitudes de la vida sean más llevaderas.

¡Muchas Gracias!

# CONTENIDO

<b>Prefacio .....</b>	<b>11</b>
 Capítulo 1	
<b>La Salud mental en el suroccidente colombiano: Desafíos para el siglo XXI .....</b>	<b>23</b>
Juan Felipe Martínez Flórez, (Universidad Santiago de Cali) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, (Escuela Nacional del Deporte) Cali, Colombia.	
 Capítulo 2	
<b>Trastornos psiquiátricos en atención primaria en salud.....</b>	<b>45</b>
Juan Felipe Martínez Flórez, (Universidad del Valle) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, (Escuela Nacional del Deporte) Cali, Colombia.	
 Capítulo 3	
<b>Problemáticas psicosociales en atención primaria en salud.....</b>	<b>75</b>
Marnell Ester Arroyave, (Universidad del Valle) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, (Escuela Nacional del Deporte) Cali, Colombia.	
Juan Felipe Martínez Flórez, (Universidad Santiago de Cali) Cali, Colombia.	
 Capítulo 4	
<b>Herramientas para la profundización en la entrevista y direccionamiento de pacientes .....</b>	<b>113</b>
Marnell Ester Arroyave, (Universidad del Valle) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, (Escuela Nacional del Deporte) Cali, Colombia.	
Juan Felipe Martínez Flórez, (Universidad Santiago de Cali) Cali, Colombia.	
 Capítulo 5	
<b>Protocolos de urgencias para agitación psicomotriz en atención primaria .....</b>	<b>165</b>
Marnell Ester Arroyave, (Universidad del Valle) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, (Escuela Nacional del Deporte) Cali, Colombia.	
Juan Felipe Martínez Flórez, (Universidad Santiago de Cali) Cali, Colombia.	
<b>Epílogo .....</b>	<b>199</b>

<b>Directorio de instituciones especializadas en salud mental y la atención de problemáticas sociales en el Valle .....</b>	<b>201</b>
<b>Acercas de los autores .....</b>	<b>231</b>
<b>Pares evaluadores.....</b>	<b>233</b>

# CONTENTS

<b>Preface.....</b>	<b>11</b>
<i>Chapter 1</i>	
<b>Mental Health in Southwestern Colombia: Challenges for the 21st century.....</b>	<b>23</b>
Juan Felipe Martínez Flórez, ( <i>Universidad Santiago de Cali</i> ) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, ( <i>Escuela Nacional del Deporte</i> ) Cali, Colombia.	
<i>Chapter 2</i>	
<b>Psychiatric disorders in primary health care .....</b>	<b>45</b>
Juan Felipe Martínez Flórez, ( <i>Universidad Santiago de Cali</i> ) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, ( <i>Escuela Nacional del Deporte</i> ) Cali, Colombia.	
<i>Chapter 3</i>	
<b>Psychosocial problems in primary health care .....</b>	<b>75</b>
Marnell Ester Arroyave, ( <i>Universidad del Valle</i> ) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, ( <i>Escuela Nacional del Deporte</i> ) Cali, Colombia.	
Juan Felipe Martínez Flórez, ( <i>Universidad Santiago de Cali</i> ) Cali, Colombia.	
<i>Chapter 4</i>	
<b>Tools for in-depth interviewing and patient management .....</b>	<b>113</b>
Marnell Ester Arroyave, ( <i>Universidad del Valle</i> ) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, ( <i>Escuela Nacional del Deporte</i> ) Cali, Colombia.	
Juan Felipe Martínez Flórez, ( <i>Universidad Santiago de Cali</i> ) Cali, Colombia.	
<i>Chapter 5</i>	
<b>Emergency Protocols for Psychomotor Agitation in Primary Care .....</b>	<b>165</b>
Marnell Ester Arroyave, ( <i>Universidad del Valle</i> ) Cali, Colombia.	
Iván Alberto Osorio Sabogal, ( <i>Escuela Nacional del Deporte</i> ) Cali, Colombia.	
Juan Felipe Martínez Flórez, ( <i>Universidad Santiago de Cali</i> ) Cali, Colombia.	
<b>Epilogue .....</b>	<b>199</b>
<b>Directory of institutions specializing in mental health and social problems in the Valley .....</b>	<b>201</b>
<b>About the authors .....</b>	<b>231</b>
<b>Peer reviewers.....</b>	<b>233</b>

## **Resumen**

El presente documento pretende ser una guía-manual dirigida a todos los profesionales en los servicios de atención primaria en el departamento del suroccidente de Colombia. Está específicamente diseñado para servir de guía al momento de recibir en los servicios de atención primaria en salud algún paciente con signos de trastorno mental o afectado por alguna de las problemáticas psicosociales más prevalentes en la región. Aquí se compilan pautas de atención clínica para las categorías diagnósticas prevalentes en el departamento del suroccidente Colombia, así como pautas de atención a las personas víctimas de las problemáticas psicosociales más prevalentes. Se incluye, además, protocolos guía para la atención y manejo de urgencias psiquiátricas, cuestionarios de ayuda diagnóstica a dichas problemáticas y un directorio de instituciones especializadas en la atención de dichas problemáticas. Este Manual pretende ser útil al momento de recibir estos pacientes en las instituciones o servicios de atención primaria con fin de brindarles la mejor asesoría y direccionamiento tanto al paciente como a sus familias.

## **Abstract**

The objective of this document is being a manual-guide addressed to all professionals in primary health care services in southwestern Colombia. It is specifically designed to serve as a guide when receiving any patient in primary health care services with signs of mental disorder or affected by any of the most prevalent psychosocial problems in region. This text is a compiled clinical care guidelines for the diagnostic categories prevalent in the southwestern Colombia, as well as care guidelines for the victims of the most prevalent psychosocial problems. It also includes guiding protocols for the care and management of psychiatric emergencies, questionnaires for the diagnosis of these problems and a directory of institutions specialized in the care of these problems. This Manual is intended to be use-



ful at the time of receiving these patients in primary care institutions in order to provide the best advice and guidance to patients and their families.

# Prefacio

## *Preface*

Este libro es el resultado de las experiencias en diversos proyectos en salud mental llevados a cabo desde el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) en el suroccidente colombiano. El HPUV al ser una de las pocas instituciones especializadas en la atención en salud mental con un carácter social en el suroccidente colombiano, presta sus servicios a un alto número de pacientes en diversos municipios. Lo que implica que en muchas ocasiones los pacientes deban trasladarse grandes distancias desde otros municipios o departamentos para recibir atención. Situación que tiende a causar que no haya adherencia a los tratamientos, o las personas dejen de buscar orientación respecto a una problemática relacionada a la salud mental.

Una de las estrategias adoptadas para afrontar esta problemática en las últimas décadas ha sido la adopción de trabajo extramural enfocado en el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS). Estrategia que se ha adoptado en colaboración con entes gubernamentales que ha tenido como objetivo incorporar y fortalecer la salud mental en los servicios de APS mediante acciones individuales y colectivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental en APS cómo “[...] la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (2008, p. 9). En este sentido, la APS no solo debe referirse a una atención e intervenciones sobre problemáticas ligadas a la enfermedad y la salud corporal sino también involucrar aspectos relacionados con el bienestar mental y social de las personas.

En esta línea de ideas, siguiendo la definición del concepto de salud de la OMS como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2008, p. 7). Podemos inferir que, si los servicios de APS son los encargados de prestar la asistencia básica inicial, esta asistencia debe incluir la atención de la enfermedad. Además, debe estar en condiciones de brindar asistencia integral en todas las dimensiones de la salud del individuo como los problemas mentales y las problemáticas de orden social. A este respecto la Dra. Margaret Chan, ex directora general de la Organización Mundial de la Salud, resaltó en su mensaje de lanzamiento del Día Mundial de la Salud en 2008 la necesidad de que los sistemas de salud tuviesen un enfoque integrador equitativo y justo, señalando que para cumplir este propósito es fundamental. Sin embargo, los gobiernos de Latinoamérica, y la mala implementación de políticas públicas junto a la corrupción han debilitado los sistemas de salud y han excluido de los mismos la prevención y la atención integral de la salud mental. De igual forma, se ha reportado que en Latinoamérica hay dificultades sociales para reconocer y discutir entre pares la importancia de la salud mental y aún hoy en día persiste el estigma y el tabú respecto a la enfermedad mental (Farina et al. 2021; Olavarria et al. 2016). Ocasionando que las personas tiendan a percibir la salud mental separada de la salud física, ocultando sus afecciones y subestimando el alcance que pueden tener en la vida propia y de otras personas. Este tipo de percepción va en contra de una visión integral de la salud que busca el entendimiento de los problemas médicos y las circunstancias de la vida no como fenómenos aislados sino desde el organismo como totalidad y en relación intercausal. Bajo la hipótesis que este abordaje integral tendría un impacto más positivo en la capacidad de recuperación y en la vida del sujeto en general.

Ahora bien, la Federación Mundial para la Salud Mental (FMPSM) insta a tomar la acción para la integración, la atención de los problemas de salud mental a nivel global. En su declaración en el día mundial de la salud mental en 2009 la FMPSM propuso siete argumentos para la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria en salud:

- 1. La carga de los trastornos mentales es grande.** Los trastornos mentales están presentes en todas las sociedades. Crean una pesada carga personal para las personas afectadas y sus familias, y producen dificultades económicas y sociales importantes que afectan a la sociedad toda.
- 2. Los problemas de salud mental y física están entrelazados.** Muchas personas sufren tanto de problemas de salud física como de salud mental. Los servicios integrales de atención primaria velan por que la persona reciba tratamiento en forma integral, que satisfaga las necesidades de salud mental de las personas con dolencias físicas, así como las necesidades de salud física de las personas con trastornos mentales.
- 3. Existe una brecha enorme de tratamiento para los trastornos mentales.** En todos los países existe una brecha importante entre la prevalencia de trastornos mentales, por un lado, y el número de personas que recibe tratamiento y atención, por el otro. La atención primaria de salud mental ayuda a superar esta brecha.
- 4. La atención primaria de salud mental mejora el acceso.** Cuando la salud mental se integra en la atención primaria, las personas pueden tener acceso a servicios de salud mental más cerca de su casa, lo que mantiene a la familia junta y permite continuar sus actividades cotidianas. La atención primaria de salud mental también facilita los servicios comunitarios de extensión y de promoción de salud mental, así como el seguimiento y manejo prolongado de las personas afectadas.
- 5. La atención primaria de salud mental promueve el respeto de los derechos humanos.** Los servicios de salud mental proporcionados en atención primaria reducen al máximo la estigmatización y discriminación. También eliminan el riesgo de violaciones de los derechos humanos que pueden ocurrir en los hospitales psiquiátricos.
- 6. La atención primaria de salud mental es asequible y eficaz en función de los costos.** Los servicios de atención primaria para

salud mental son menos caros que los hospitales psiquiátricos tanto para los pacientes, como para las comunidades y los gobiernos. Además, los pacientes y sus familias evitan los costos indirectos de la atención de especialistas en centros alejados. El tratamiento de los trastornos mentales comunes es eficaz en función de los costos, y la inversión de los gobiernos puede redundar en importantes beneficios

**7. La atención primaria de salud mental genera buenos resultados sanitarios.** La mayoría de las personas con trastornos mentales tratadas en atención primaria obtienen buenos resultados, especialmente cuando están vinculadas a una red de servicios a nivel secundario y en la comunidad.

La salud mental en APS no es una idea nueva, ya en 1978 la declaración de Alma-Ata de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) argumentaba que una vía para fomentar un bienestar integro de la salud física y mental del sujeto era necesario transformar los servicios tradicionales de salud por un modelo que integrase APS. Los resultados de esta transformación en algunos países latinoamericanos han dejado lecciones importantes. En el caso de Chile se inició posterior a la dictadura un plan de transformación que integrase la salud mental en APS logrando avances importantes pero señalando dificultades que deben tenerse en cuenta en su implementación como: a) la traducción de la voluntad política en la asignación de recursos económicos efectivos para su implementación; b) la generación de mecanismos que faciliten la articulación entre profesionales de atención secundaria y primaria; c) fortalecer con investigación en salud pública la caracterización de las problemáticas sociales y de salud pertinentes (Minoletti Rojas y Horvitz Lennon, 2012). En el caso de México algunos aspectos que favorecen o han limitado la implementación de la salud mental en APS se ha reportado así a) se cuenta con programas y formas de organización de los servicios, pero se dificulta

su integración debido a b) déficit en infraestructura y recursos materiales y c) déficit en recursos humanos e información.

En la cultura popular de Colombia, por muchos años se ha considerado la salud mental, e incluso desde la legislación en salud, que los servicios de salud mental y de bienestar social son un “campo aparte” o una práctica escindida de la salud en general. El tratamiento de los trastornos de la mente es relegado a un segundo plano y solo se tiende a brindarle importancia y tratamiento cuando el trastorno mental ha alcanzado un grado de cronicidad y deterioro evidente del paciente su calidad de vida y su círculo social. Es necesario resaltar la importancia de adecuados hábitos de salud mental y la importancia de brindar atención oportuna y eficiente en salud mental en los servicios de APS, puesto que, se ha reconocido que el cuerpo y la mente no son dos entidades separadas sino una entidad única, continua y de relación indivisible (Dethlefsen y Dahlke, 2005) de manera tal que, los trastornos mentales están imbricados en la salud física y las dolencias o enfermedades del cuerpo pueden inducir en muchas ocasiones a un trastorno mental.

En Colombia, se ha realizado una apuesta por incluir la salud mental en los servicios de APS desde 2008 cuando se propuso un modelo de gestión operativa para la inclusión de la salud mental en APS. Dicho modelo, incluyó la integración de actividades individuales y colectivas y fue añadido al plan nacional de salud mental. Posteriormente, en 2009 El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) definió los lineamientos generales de una estrategia para la implementación del componente de salud mental en APS describiéndolo como:

“[...]aquel componente que posibilita realizar actividades de promoción de la Salud Mental y prevención de los problemas y trastornos mentales, en la que los usuarios reciben primeros auxilios mentales y si es necesario los productos o servicios diseñados para la atención de problemas y trastornos mentales agudos y episódicos que así lo re-

quieran, así como para el manejo de los trastornos mentales crónicos además de la integración a servicios más especializados y otras partes del sistema cuando ello sea necesario” (MSPS, 2009, p. 3).

El presente texto, es un aporte de nuestra región por brindar un instrumento para capacitación de profesionales involucrados en los servicios de APS, así como para estudiantes y todos aquellos que de una forma u otra puedan hacer uso de él para direccionar y orientar a las personas que requieran asistencia en alguna problemática asociada. Si bien, aún falta mucho por hacer para alcanzar una integración real y efectiva de la salud mental en los servicios de atención primaria. El presente texto pretende ser una guía que permita que se brinde atención y orientación a los pacientes con este tipo de padecimientos y sus familias y que en la medida de lo posible puedan contar con un direccionamiento asertivo y eficaz en esa primera atención.

### **Sobre este documento y la manera de usarlo**

El presente texto pretende ser una guía-manual dirigida a todos los profesionales involucrados en la salud mental y su atención primaria. Si bien el contexto de la atención primaria es el ámbito idóneo para trabajar la promoción y prevención en salud mental, nuestra apuesta en este manual va más allá de ello. En parte, porque en la práctica cuando un sujeto acude a un servicio solicitando asistencia en salud, es porque la condición o problemática que lo llevaron a esa determinación está causando una situación de angustia que puede requerir una intervención más allá de la promoción y en la que por obvias razones ya es muy tarde prevenir. Por lo tanto, el presente manual se encuentra diseñado para servir de guía al momento que un profesional de la salud deba brindar un direccionamiento o una orientación en salud mental desde la atención primaria, ya sea a un paciente con signos de trastorno mental o afectado por alguna de las problemáticas sociales más prevalentes en el suroccidente colombiano. Es decir,

pretende ser un compendio que oriente el manejo y direccionamiento de alguna problemática asociada a la salud mental en un servicio de atención primaria.

Este documento, se encuentra principalmente dividido en capítulos. El primer capítulo parte de caracterizar las problemáticas de salud mental y psicopatológicas en el contexto del suroccidente colombiano y reseñarlas desde un punto de vista psicológico y psiquiátrico. Busca aproximarse a una definición de trastorno mental en sus principales categorías. En el capítulo dos se aborda, en cuatro categorías, los trastornos mentales más prevalentes en el suroccidente colombiano. Se profundiza en los diagnósticos y se presentan los signos de estos, además de sugerencias para su manejo en el servicio de atención primaria. En el capítulo tres, se abordan las problemáticas sociales más comunes en el suroccidente colombiano además de una guía para su identificación y direccionamiento. Entre estas problemáticas se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas, el abuso sexual o el manejo de combatientes y víctimas de la violencia del conflicto armado. Este tipo de problemáticas son causa de consulta en los servicios de atención primaria en salud y a su vez generan cierta confusión en cuanto al manejo y direccionamiento de este tipo de casos. El objetivo de este capítulo es brindar una guía que permita al personal de salud tomar decisiones rápidas respecto al manejo de este tipo de casos en cuanto a rutas de atención, remisión y demás. El capítulo cuatro pretende agrupar herramientas como cuestionarios de ayuda diagnóstica, rutas de atención con instituciones especializadas en salud mental y diferentes problemáticas sociales en el Valle del Cauca y algunas iniciativas en promoción de la salud susceptibles de implementarse en los servicios de atención primaria en salud.

Cada uno de los capítulos de este libro, cuenta con una metodología descriptiva que les es común. Esta metodología busca exponer de manera resumida y en una escritura simple las principales característi-



cas de cada una de las categorías de trastornos mentales y problemáticas sociales más prevalentes en el suroccidente colombiano. Para posteriormente, presentar a modo de tabla de decisión una guía para el manejo de cada uno de los trastornos y problemáticas.

Estas tablas han sido diseñadas para simplificar el procedimiento de manejo del paciente en la institución y para servir de guía en este proceso, así como para contribuir en el posterior direccionamiento o remisión del caso recibido (Véase tabla 1)

**Tabla 1.** Ejemplo de tabla de signos compartidos y diferenciales para cada una de las diferentes categorías de problemáticas o patologías mentales. Nótese las entradas de la tabla donde se especifican signos diferenciales y compartidos para cada una de las problemáticas o trastornos.

	<b>Identificar categoría diagnóstica o tipo de problemática (ej.: trastornos del estado de ánimo)</b>		
	Diagnóstico específico 1 (ej. Trastorno bipolar)	Diagnóstico específico 2	Diagnóstico específico 3
Signos diferenciales	Signos específicos para una entidad diagnóstica		
Signos compartidos	Signos compartidos entre diferentes entidades en una categoría de diagnósticos.		

Fuente: elaboración propia.

Esta tabla, pretende ser útil en un primer acercamiento con el paciente. Acercamiento donde es necesario establecer con relativa especificidad la problemática o patología. Puede apreciarse que, cada ca-

tegoría, sea de trastorno mental o problemática social (ej. trastorno psicótico, trastornos de ansiedad, abuso sexual etc.) contiene en sus columnas los tipos más prevalentes de la categoría y en sus filas resume los signos específicos y signos compartidos para cada una de estas problemáticas, con el fin de ayudar a determinar si el paciente posee alguno de estos trastornos o no.

Para profundizar, en la indagación, la construcción del caso y en el proceder con el paciente, hemos diseñado una segunda tabla. (Véase tabla 2). Esta segunda tabla, busca en una primera fase, profundizar en la construcción del caso o el perfil del paciente a partir de lo referido por el mismo o sus acompañantes. Iniciando por la indagación del motivo de consulta, los antecedentes médicos e historia del paciente, así como una breve evaluación del estado del paciente y el riesgo de auto agresión o agresión a otros. Esta fase viene complementada con preguntas guía para el paciente, sus familiares, o acompañantes. Dichas preguntas son específicas para cada categoría, lo que permita discriminar el trastorno del paciente y contribuir a establecer el tipo de intervención que sería más conveniente realizar o si es necesaria la remisión del paciente a una institución especializada.

**Tabla 2.** Ejemplo de tabla para profundizar en la construcción del caso a partir de la información referida por el paciente o sus acompañantes. Nótese la organización de la tabla en sus columnas iniciales donde se establecen ejes de indagación (motivo de consulta, historial previo del paciente etc.) en cuanto a las filas contienen en primer lugar preguntas guía para profundizar en la indagación la paciente y sus acompañantes de manera tal que esta información permita establecer el proceder para con el paciente o el tipo de intervención a realizar.

	<b>Categoría o Problemática (ej. trastorno psicótico, abuso sexual etc.)</b>			
	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Antecedentes clínicos</b>	<b>Evaluación del estado mental</b>	<b>Evaluación riesgos del paciente</b>
Fase de indagación	Sugerencias guía para determinar los motivos para asistir al servicio de salud	Sugerencias guía para la reconstrucción de antecedentes clínicos de relevancia según la problemática o trastorno mental.	Sugerencias guía para la evaluación del estado mental del paciente según la problemática o trastorno mental.	Sugerencias guía según la problemática o trastorno mental para la evaluación de riesgos o situaciones de riesgo del paciente.
Sugerencias para la entrevista	Sugerencias para el manejo de la entrevista			
Fase de intervención y remisión del paciente	Sugerencias para el manejo y direccionamiento inicial del caso			

Fuente: elaboración propia.

Aunque, se incluyen algunas preguntas guía para la entrevista, existen referencias específicas para cada patología o problemática que conducen a la tercera sección de este documento. En ella se incluyen cuestionarios particulares para complementar esta indagación, en caso, por ejemplo, que sea necesario evaluar más a profundidad el riesgo de autoagresión de un paciente o su estado mental.

La parte final de esta tabla contiene sugerencias para el manejo del paciente de acuerdo a la problemática y la información recopilada. En esta parte, se exploran las acciones a seguir con el paciente, se determina si el caso puede ser manejado en el servicio de atención

primaria o requiere una remisión a una institución especializada u otro tipo de servicio. Una vez más, este apartado, al igual que el anterior, puede contener referencias específicas a la tercera sección del manual de acuerdo al tipo de problemática o patología y de acuerdo al manejo que se determine para el paciente. Puesto que, si es necesario remitirlo a una institución especializada entonces habrá que consultar en la tercera sección del documento las rutas de atención y los requisitos mínimos para dicha remisión.

## Referencias

- Farina, N., Suemoto, C. K., Burton, J. K., Oliveira, D., & Frost, R. (2021). Perceptions of dementia amongst the general public across Latin America: a systematic review. *Aging & mental health*, 25(5), 787-796. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1725738>.
- Franciosi, P. L. y Copeland, J (2009); Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Federación Mundial para la Salud Mental WFMH.ORG.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2005) La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades; México DF; dinámica psicológica.
- Minoletti A., Rojas G. y Horvitz-Lennon M. (2012) Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad. Saúde Colet.*, (4): 440-7.
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Modelo de gestión operativa para el componente de salud mental en atención primaria en salud [Internet] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20%20APS/DOCUMENTO%20FINAL%20MODELO%20GESTI%C3%93N.pdf>.

- Olavarría, L., Mardones, C., Delgado, C., & Slachevsky Ch, A. (2016). Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile [Chilean Healthcare Professionals Perception of Knowledge about Dementia]. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1365–1368. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001000019>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). Resolución CD 49.R17. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS; 2009.
- Organización Panamericana de la Salud 2009. Declaración de Alma-Ata [Internet]. USA: PHO; [consultado 15 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) [Internet]. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. (2018b, marzo 30). [consultado septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Saavedra Solano, N., Berenzon Gorn, S. & Galván Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, 48(4), 258-264. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005).
- World Health Organization & World Organization of Family Doctors. (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>.
- World Health Organization. (2001). The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.

# LA SALUD MENTAL EN EL SUROCCIDENTE COLOMBIANO: DESAFÍOS PARA EL SIGLO XXI

*Mental Health in the Southwest of Colombia:  
Challenges for the XXI century.*

**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:** El presente capítulo aborda un panorama general de la salud mental en Colombia y el Valle del Cauca. Se presentan datos relevantes sobre el estado epidemiológico de los trastornos mentales y problemáticas sociales más prevalentes y las perspectivas a futuro. Se presentan datos de la afectación a la salud mental en el Suroccidente colombiano durante la pandemia del Covid-19 y los desafíos resultantes en salud mental para la postpandemia en la región. Posteriormente, se aborda el crecimiento de la población en estadio de vejez y cómo esto podrá ser una problemática a abordar por los servicios de salud y APS en los próximos años debido al aumento de los trastornos

## **Cita este capítulo**

Martínez Flórez, J. F.; Osorio Sabogal, I. A. (2022). La salud mental en el suroccidente colombiano: desafíos para el siglo XXI. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 23-44). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

neurodegenerativos sensibles a esta población. Por último, se plantea una reflexión sobre la manera cómo interpretar y abordar la salud y la enfermedad mental que pretender ser afín a todo el documento.

**Palabras clave:** salud mental, prevalencia trastornos mentales, problemáticas sociales, envejecimiento, trastornos neurodegenerativos, cuerpo y mente.

**Abstract:** This chapter provides an overview of mental health in Colombia and the department of Valle del Cauca. Relevant data on epidemiological status of the most prevalent mental disorders and social problems and future perspectives are presented. Data on the mental health affectation in the Southwest of Colombia during the Covid-19 pandemic and the resulting challenges in mental health for the post-pandemic in region in the region are exposed. Subsequently, the growth of the elderly population and how this could be a problem to be addressed by health services and PHC in the coming years due the increase of neurodegenerative disorders sensitive to this population is addressed. Finally, a reflection on how to interpret and approach mental health and mental illness is proposed, which is intended to be related to the whole document.

**Keywords:** mental health, epidemiology mental disorder, social problems, aging, neurodegenerative disorders, body and mind.

## **La Psicopatología en Colombia y en el Valle del Cauca**

Hablar de salud mental en Colombia remite ineludiblemente a nuestra historia como país y a la prolongación del conflicto violento por décadas. La barbarie de la guerra y las problemáticas conexas como el desplazamiento han tenido y tendrán un impacto en la salud mental de los colombianos por años. Entre los rasgos que se han descrito, que tienen un mayor impacto en la salud mental de los colombianos, se podría identificar: el conflicto armado, el desplazamiento interno,

la violencia basada en género, la violencia por el crimen organizado urbano y las problemáticas asociadas a la producción y consumo de drogas (Chaskel et al., 2015; Schultz et al., 2014).

A estas características históricas y sociales se deberían agregar, la escasez de servicios especializados en salud mental y la baja formación de profesionales en salud mental. Se ha reportado que en las décadas de los noventa y la de comienzos del siglo XXI el número de camas hospitalarias se ha reducido mientras el presupuesto militar ha aumentado (Chaskel et al., 2015). De igual forma, el 90% de los psiquiatras y psicólogos se concentra en las diez ciudades más grandes, haciendo que el acceso a atención especializada en salud mental en regiones, municipios, y zonas rurales sea técnicamente inexistente (Rojas Bernal et al., 2018).

En cuanto a la investigación, en Colombia y en el Valle del Cauca se cuenta con pocos estudios actuales que permitan establecer un panorama del estado de la salud mental en nuestro contexto. En promedio, cada diez años el Ministerio de Protección Social lleva a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). El último de estos estudios fue realizado en el año 2013, y sus resultados reportados en 2015. Fuera de este estudio, hay trabajos investigativos realizados por instituciones gubernamentales locales o universidades. Pero dichos estudios han estado enfocados en poblaciones pequeñas o en problemáticas específicas. Por lo tanto, es difícil establecer un panorama del estado actual de la salud mental en Colombia y en el Valle del Cauca en términos de prevalencia diagnóstica actual de enfermedades mentales, prevalencia regional, etc.

En esta línea de ideas, la intervención de las problemáticas en salud mental en el Valle del Cauca en los últimos años ha sido insuficiente. Si bien se llevan a cabo acciones en salud mental en el Plan operativo Anual de (POA) de la Secretaría de Salud Departamental, dichas accio-



nes en la gran mayoría de los casos obedecen a intervención de corta data y generalmente se encuentra politizada, ocasionando que no se logre consolidar un proceso en el tiempo que permita observar y evaluar el impacto de dichas acciones en la salud mental de los vallecaucanos.

Los resultados reportados en la ENSM (Gómez-Restrepo, 2016) muestran que la prevalencia de cualquier trastorno mental alguna vez en la vida es del 10,1%, (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 8,8%-11,5%) en las personas de 18-44 años y el 7,7% (IC95%, 6,5%-9,1%) de los mayores de 45 años. En los últimos 12 meses, el 5,1% (IC95%, 4,3%-6,0%) del grupo más joven y el 2,3% (IC95%, 1,8%-3,0%) del de más edad. De las personas con alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% (IC95%, 13,1%-23,4%) presenta dos o más trastornos; es más frecuente la comorbilidad en mujeres (20,4%; IC95% 14,2%-28,3%) que en varones (13,5%; IC95%, 7,9%-22,0%). El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos, con una prevalencia de vida del 4,3% (IC95%, 3,7%-5,0%). Se calcula además que uno de cada diez colombianos sufre un trastorno mental y que la prevalencia de los trastornos mentales entre infantes y mujeres ha ido en aumento los últimos años. Específicamente en la población entre 7 y 11 años, se encontró que el 27,6% tiene por lo menos un síntoma de trastorno mental el 10,5% tiene dos y el 4,4% padece algún trastorno.

En la población adulta, los trastornos de ansiedad, depresión y trastornos psicóticos son los más prevalentes. Se encontró que el 9,6% de los adultos padece algún trastorno mental los trastornos más prevalentes son los trastornos afectivos con una prevalencia del 6,7%. También destaca que, el 19% de la población ha sufrido al menos una vez de síntomas de ansiedad y que el 10% ha tenido problemas con el uso de sustancias psicoactivas o alcohol. El estudio también determinó una prevalencia mayor en las mujeres más que en los hombres de padecer un trastorno afectivo o un trastorno de ansiedad, mientras en los hombres los trastornos por uso de sustancias tuvieron la mayor prevalencia.

La ENSM arroja datos preocupantes sobre la distribución de trastornos mentales en nuestra sociedad. Entre ellas, la noción que una de cada cinco personas en nuestro país presenta al menos un trastorno mental una vez en la vida. Para la región Pacífico y el Valle del Cauca la prevalencia de “un trastorno mental al menos una vez en la vida” es levemente superior al promedio nacional con un 11 %. La región Pacífico muestra además la mayor prevalencia de trastornos del afecto a nivel nacional en lapsos cortos de tiempo (menores a 30 días). En igual medida, la región junto a Bogotá muestra la mayor prevalencia en trastornos de ansiedad. Esta cifra se corresponde con el trabajo realizado por Pérez Gómez en 2009 que demarcó tanto a la región Pacífico y Bogotá como las regiones con mayor prevalencia en trastornos de ansiedad a nivel nacional con el 22% y 21% respectivamente. La región también se caracteriza por mostrar un alto índice en el consumo de sustancias en comparación con la distribución nacional con el 18% del consumo total.

**Tabla 1.** Epidemiología de los trastornos mentales en Colombia según la ENSM 2003-2015 y los datos reportados a nivel mundial por la OMS (2008).

Estudio/ trastornos	ENSM -2003	ENSM -2015	Prevalencia mundial OMS (2008)
Cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses	16.0%	9.1%	12-40%
Depresión	13.9	4.3%	4-28%
Trastornos de ansiedad	19.3%	3.9%	4-31%
Esquizofrenia-psicosis	0.8%	1%	0.3-1.3%
Intento suicidio	4.9	6.6%	--

Fuente: ENSM (2003), (2015); OMS (2008).

La ENSM demarca también un promedio de 14 años para el inicio de trastornos del afecto en la población de la región Pacífico y un inicio promedio de los trastornos de ansiedad alrededor de los 18 años. Y para el caso del consumo de sustancias demarca una edad de iniciación de 20 años, aunque esta edad según otros estudios (Pérez-Gómez, 2009) estaría muy cerca de la edad escolar alrededor de los 15 años.

Por otra parte, los problemas de violencia en nuestro departamento han mostrado un incremento en los últimos años convirtiéndose en un problema de salud pública. Las estadísticas vitales a este respecto señalan que la primera causa de mortalidad general en el Valle es por agresión con armas de fuego y otras no especificadas (20,3%) específicamente, en la población de 5 a 14 años, se encuentra la agresión con disparo como la primera causa de muerte (14,8%) y en la población entre 15 y 44 años este tipo de lesiones representa el 51% de causas de mortalidad según la Secretaría de Salud Pública Departamental (2019). En el ambiente escolar, los datos no son muy alentadores; según las investigaciones realizadas entre 2005 y 2012 por el Programa Psicólogos en las Escuelas, se evidenciaron casos y niveles preocupantes de embarazo adolescente, intimidación escolar o “bullying” en las instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca.

En relación con el embarazo adolescente se encontró que durante el primer semestre de 2006 dentro del total de estudiantes de sexo femenino (112.470) de las 180 instituciones educativas públicas en las que existía un psicólogo del Proyecto Psicólogos en las Escuelas se encontró un total de 605 embarazos de adolescentes según auto reporte. Es importante anotar que se encontró un porcentaje alto de deserción escolar entre este grupo de jóvenes, cercano al 25 % del total de embarazadas reportadas y como dato adicional, se encontró que existe una deserción inversamente proporcional en relación con la edad y el grado escolar que cursa la adolescente embarazada que era estadísticamente significativa en la población. Además,

ameritaba una mayor intervención en esta problemática pues llanamente, significa que las madres más jóvenes que quedan embarazadas están en una situación de desprotección y hay abandono escolar mayor. Siendo necesario abordar la percepción y manejo de los casos de embarazo en adolescentes, pues la deserción podría corresponder a presión familiar, son embarazos de alto riesgo, sin tratamiento adecuado, presión social (de sus compañeros de estudio, docentes, directivos u personas cercanas a su lugar de vivienda) o dificultades de carácter económico.

Sobre el matoneo y violencia escolar, se encontró que, de una muestra de doce mil escolares, el porcentaje de abuso y agresión en las instituciones educativas públicas del Valle del Cauca representa el 33 %, es decir uno de cada tres jóvenes es agredido por otro miembro de la comunidad educativa. A partir de la información estadística obtenida se ha logrado obtener un mayor reconocimiento de las problemáticas, que han contribuido significativamente a sensibilizar a la población sobre situaciones presumidas, más no cuantificadas propiamente en las escuelas. Adicionalmente determinar prioridades de intervención hacia condiciones que además de ser favorables en materia de salud mental vayan acorde con los derechos de la infancia y adolescencia.

También, se reportaron cifras de ideación suicida entre los estudiantes del orden del 20 por ciento de la población con intentos suicidas de más del 10 por ciento de los estudiantes. Otras problemáticas que se detectaron en el marco del Proyecto Psicólogos en las Escuelas fueron: el síndrome de quemazón profesional entre el grupo de docentes de primaria y secundaria del departamento en las evaluaciones de los años 2007 y 2012 excedió al 50 por ciento de los profesores, el consumo de sustancias legales e ilegales entre la población adolescente y la existencia de trastornos de alimentación en un número creciente de escolares.

No solamente la violencia urbana y escolar ha sido un flagelo en el departamento, el desplazamiento forzado relacionado con la violencia social y política ocupa también un lugar preponderante, dado que a pesar de los esfuerzos de entidades gubernamentales y no gubernamentales; el desplazamiento forzado creció en el 2008, 24,47% con relación a años anteriores, con las consecuencias sociales asociadas al mismo: desarraigo, destierro, violación a los derechos humanos e infracción al derecho internacional humanitario (Boletín informativo No. 75 – CODHES, 2009). En este documento se cita al SISDHES (Sistema de Información sobre Desplazamiento Forzado y Derechos Humanos) quienes informan que cerca de 380 863 personas (72 172 núcleos familiares), se sumaron en el 2008 a la población total de desplazados con la que contaba el país. Según las estadísticas oficiales del Gobierno (Acción Social), la cifra de desplazados para el período entre 1997 y febrero de 2009 es de 2 935 835. Las mujeres, niñas y adolescentes constituyen la mayor parte de la población desplazada (CODHES, 2009). En el Valle del Cauca, el número de nuevos desplazados recibidos para el 2008 fue de 31 527, cifra superada solo por Bogotá y Antioquia.

Finalmente, los estudios en salud mental han señalado cómo los trastornos mentales en la región no son exclusividad de un único grupo poblacional, género o edad. Las edades de inicio de trastornos pueden variar de acuerdo al trastorno, pero el estudio ENSM señala que desde un punto de vista general la edad de aparición de los trastornos mentales es cada vez más temprana “[...] es importante resaltar que las edades de inicio cada vez más tempranas de los trastornos mentales pueden estar hablando de una mayor exposición a factores psicosociales desencadenantes y plantea una carga de enfermedad mental en poblaciones vulnerables y con poco acceso a los servicios de salud. Todos estos hallazgos sugieren la necesidad de enfocar acciones de promoción y prevención en estos grupos de edad” (ENSM 2015). De la misma manera, el inicio temprano de estos trastornos mentales jun-

to con la condición de cronicidad hacia la que tienden muchos de estos trastornos, señalan que muchas personas padecen (o padecerán) estos trastornos por la mayor parte de su vida, de donde se recalca la necesidad de poder brindar atención de calidad tanto a los pacientes como a sus familias.

En general los trastornos del afecto, como la depresión son los que tiene más prevalencia en la región y aparecen cada vez en una edad menor, seguidos por los trastornos asociados al consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad. Esta prevalencia puede sugerir un estado generalizado y de riesgo para este tipo de trastornos en la región que a su vez expresa una problemática social. Puesto que los trastornos de ansiedad por lo general se expresan en síntomas como angustia y preocupación excesiva por el futuro y miedo generalizado, podría suponerse que, esta prevalencia es reflejo también de condiciones sociales de la región como la pobreza, la desigualdad, y la violencia, lo cual ha ocasionado que buena parte de la población se vea sumergida en incertidumbre constante y sentimientos de inseguridad. Esto también jugaría un papel como factor de riesgo en una problemática como el consumo de sustancias, puesto que el consumo estaría entendido como una vía de escape o paliativo ante la dura realidad social en que hemos estado abocados en la región.

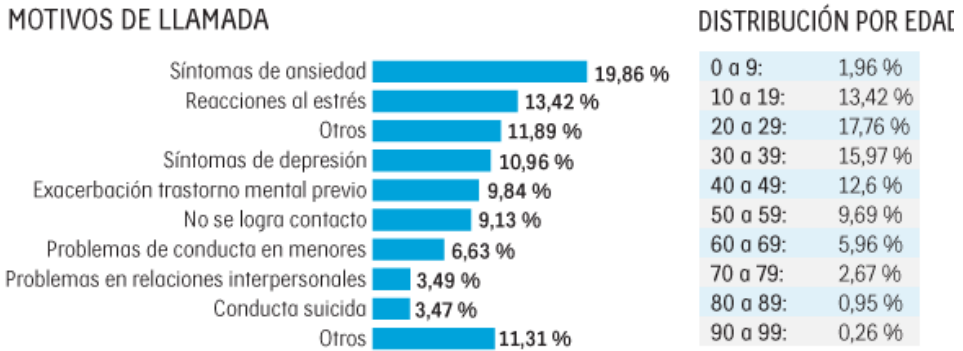
### **La salud mental en el Valle del Cauca en tiempos de pandemia**

La coyuntura sanitaria producto del COVID-19 provocó las políticas de distanciamiento social y cuarentena obligatoria en un gran número de países alrededor del mundo. Bajo la premisa de mitigar el incremento de contagios, la mayoría de países de Latinoamérica apostaron por promover el autocuidado siguiendo los lineamientos propuestos por la OMS y la implementación de cuarentena obligatoria entre la población. El objetivo de la cuarentena fue separar a potenciales portadores de virus de las personas saludables y de esta manera mitigar el crecimiento de contagios. Si bien, es una política

que apuntó al bien común, el costo en términos sociales, familiares, laborales, educativos, individuales, psicológicos y emocionales fue alto. Estudios realizados durante la cuarentena de epidemias como el SARS en 2004 o H1N1 en 2009 han mostrado que entre los efectos psicológicos y emocionales durante las cuarentenas en estas epidemias se cuenta el miedo a la infección, sentimientos de frustración y tristeza, estrés psicológico y ansiedad (Bai et al., 2004; Braunack-Mayer et al., 2013; Wang et al., 2011). Como factores desencadenes de estos efectos psicológicos negativos de la cuarentena se cuenta el declive económico, la extensión del tiempo de la cuarentena, la ausencia de suministros suficientes de comida o aseo y el estigma social en las personas contagiadas.

El decreto 457 de aislamiento obligatorio en Colombia se hizo efectivo el 23 de marzo de 2020, posterior a toques de queda locales. Este decreto contempló el aislamiento obligatorio durante 19 días. Durante este periodo las personas debían permanecer aisladas en sus hogares, no podían recibir visitas y solo una persona por núcleo familiar estaba autorizada a hacer compras de víveres. También se hizo una campaña mediática para difundir las medidas de autocuidado preferidas por la OMS como el lavado de manos, el uso de mascarillas, el mantenimiento de la distancia social, el evitar tocarse la cara y comunicarse a las líneas de atención en caso de presentar síntomas.

Este periodo de la historia reciente ha tenido consecuencias directas en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (véase figura 1) reportó un incremento significativo de llamadas que solicitaron atención psicológica en la su línea de atención 192 para la ciudad de Bogotá. Este incremento pudo denotarse principalmente entre personas jóvenes (15-30 años) y adultos jóvenes (30-40 años). Entre las problemáticas reportadas con mayor prevalencia en dichas solicitudes de atención, se registró: síntomas de ansiedad 19%, reacciones al estrés 13.42%, síntomas de depresión 10.96%.

**Figura 1.** Descripción de los motivos de llamada a la línea de atención psicológica durante los primeros meses de pandemia en 2020.

Fuente: U. Salud, 2020.

Un estudio en que participaron más 1500 personas realizado durante las primeras semanas de aislamiento en el Valle del Cauca y otras regiones del suroccidente colombiano evidenció que hasta un 38% de los participantes mostraba signos de ansiedad o depresión asociados a la cuarentena por el Covid-19 (Martínez Flórez, Isaza y Osorio, 2021). También pudo evidenciarse que, los jóvenes y las mujeres fueron la población que mostró mayor malestar psicológico, lo que probablemente sea explicado por el rol social asignado a la mujer en nuestra sociedad y el aumento de los conflictos domésticos. Este mismo estudio también mostró que la afectación psicológica estaba mediada por el nivel de ingreso, teniendo una afectación mayor las personas con bajo ingreso y bajo nivel educativo. Esto pudo estar explicado por el deterioro general de la economía, el desempleo y la incertidumbre de poder generar ingresos con el consecuente agravante para la salud mental.

Los diversos efectos de la pandemia en las esferas de la sociedad, a largo plazo, aún están conociéndose. Sin embargo, es claro que la población con menos recursos económicos, trabajadora y que genera su ingreso del día a día ha sido quien ha sufrido el más alto impacto. A pesar de esto no parece haber una política seria de salud mental que



permitiese abordar estos efectos, y la urgencia ha quedado manifiesta en las problemáticas sociales surgidas en estos primeros tiempos de la postpandemia donde el malestar psicológico anudado al empobrecimiento social ha desembocado en un estallido social que agudizó las problemáticas psicosociales en la población y hasta ahora no se han medido el impacto y sus consecuencias a largo plazo.

### **Trastornos neurodegenerativos en envejecimiento: desafío clínico para Colombia y el mundo en el siglo XIX**

En la década de los noventa del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud, partiendo de un sinnúmero de estudios de fármaco-economía llegó a la predicción que para el año 2020 la depresión sería la primera o segunda enfermedad más importante en el mundo por discapacidad, carga de enfermedad, gravedad de los casos, compromiso económico por las faltas al trabajo y otras variables elaboradas.

Esta declaración, como muchas de los organismos internacionales, tuvo repercusiones mediáticas importantes y motivó que los recursos de investigación se destinaran a la búsqueda de medicamentos y tratamientos para una enfermedad que se preveía pandémica en pocos años.

Pero, aunque la estadística demostraba que una de cada cuatro personas presentaría una depresión alguna vez en la vida, este diagnóstico podía acompañar al sujeto por mucho tiempo sin afectarlo en gran medida. Pues la mayoría de los casos eran tan leves que no precisarían de los servicios de salud y mucho menos del uso de medicamentos o internación psiquiátrica. Era una pandemia mediática sin repercusiones clínicas a pesar de toda una estrategia publicitaria que se encaminó a hacernos ver todas aquellas situaciones vitales comunes, tipo duelos, rupturas y separaciones, como una enfermedad.

La depresión, como los trastornos afectivos bipolares y las esquizofrenias se diagnostican más hoy en día gracias a la conciencia creada so-

bre estas enfermedades entre el estamento médico, el involucrar otras enfermedades dentro del paquete médico y la disminución del temor del público por la exposición mediática que ha desmitificado no solo los hospitales mentales sino también a los psiquiatras y psicólogos.

Aparentemente faltó una variable a tener en cuenta y fue el aumento de la edad de la población mundial que aunque fue un objetivo deseable para muchos, estaba acompañada de una serie de enfermedades degenerativas entre las cuales las neuro psiquiátricas se están llevando las palmas en cuanto a crecimiento de casos, compromiso de funcionalidad, requerimiento de apoyo y supervisión, necesidad de cuidadores y finalmente por los costos de los medicamentos y productos higiénicos necesarios para su manejo.

El nombre genérico de esta patología emergente, con diversas causas, pero con una consecuencia única, es “Demencia”, sin más. Hay múltiples etiologías: daño de las neuronas por alteración de su sistema de sostén en la enfermedad de Alzheimer, daño de la vasculatura por la aterosclerosis generalizada en la hipertensión y la diabetes que determina la demencia vascular, daños específicos de ciertas áreas del cerebro en enfermedades localizadas, en fin. Todo tiene una razón clave: nos hicimos cada vez más viejos y esa búsqueda desaforada por lograr la eternidad no tuvo en cuenta que las neuronas se pierden y en general no se recuperan.

Hoy en la clínica es muy frecuente encontrar los familiares, que no pacientes, con requerimientos de pañales desechables, cirugías para alimentación por sonda gastroyeyunal, elementos y medicinas para cuidados de lesiones dermatológicas, medicamentos psiquiátricos adicionales para insomnio, agitación, agresividad y desorganización conductual. Además, se ha documentado recientemente la existencia previa de ansiedad generalizada y el consumo por años de ansiolíticos benzodiazepínicos como un predisponente, que po-

siblemente no lo es tal, sino el manejo habitual de un trastorno de ansiedad prodrómico.

El punto de los medicamentos anti demenciales es interesante por lo controversial. Los pocos existentes fueron desarrollados a finales de los años noventa, según dicen, como respuesta a los problemas médicos del presidente Ronald Reagan y en cuestión de días se observó que tenían más importancia para calmar la ansiedad del familiar que ante una enfermedad crónica y deteriorante que ocasiona cambios en el carácter y comportamiento de su familiar; casi siempre un personaje importante en la familia por su edad y precedencia, empieza una procesión médica en busca de solución a una enfermedad que pocas veces la tiene. Cuando no puedo aliviar el dolor o la enfermedad de mi familiar empiezo a preocuparme por asuntos como quejarme por la atención, en una variante del hacer por hacer.

Que no sirvan mucho no ha sido óbice para evitar que los precios de los tres o cuatro medicamentos anti demenciales vayan en escalada. No es mucho lo que avanzan en cuanto a resultados, pero la aparición de presentaciones más elaboradas como los parches dérmicos que facilitan el suministro y que muchas veces por novedad son aplicados a pacientes que conservan su capacidad para recibir vía oral y dispuestos a recibir múltiples medicamentos sin oponer mayor resistencia, facilitan la tendencia alcista de los laboratorios que siempre se escudan en los costos de desarrollo e investigación de sus productos.

Los adicionales son también objeto de controversia: los antipsicóticos son vistos como un apoyo invaluable para contener pacientes agresivos o agitados, pero también como razón de múltiples caídas y fracturas, que se convierten en un daño colateral de estas enfermedades.

Los antidepresivos de alta gama han sido estudiados como un elemento importante de modificación del estado general, pero también

como un placebo poco útil por la dificultad para evaluar si la apatía general del paciente corresponde en verdad a una depresión clínica o es solo una consecuencia general del deterioro cognitivo. Los pañales desechables, las cremas y productos de limpieza constituyen una exigencia frecuente de los familiares que son casi siempre negados por las entidades de salud que lo ven como algo exagerado teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes pueden movilizarse por sus propios medios sin considerar que aunque conserven su motricidad, su cerebro no reacciona con la rapidez necesaria para considerar ese tipo de urgencias físicas y en general el asunto termina siendo definido por un juez mediante una acción de tutela.

Los pacientes con demencia son por lo común polimedicados, con patologías sobre agregadas endocrinas, dermatológicas, psiquiátricas, ortopédicas y neurológicas. Con lesiones físicas por efectos adversos de los medicamentos y con gran dificultad de cuidado para el familiar que en no pocos casos termina por ceder e internarlo en instituciones geriátricas cuyo costo casi nunca es asumido por el estado o por las entidades de salud.

Como la mayoría de pacientes con demencias ha terminado su ciclo productivo en lo laboral, es poco lo que aportan en las estadísticas económicas pero cuando se realiza la evaluación de costos ha sido dejada de lado la necesidad de un cuidador a tiempo completo que debe pasar gran parte de su vida cuidando a alguien que no tiene resonancia afectiva y respuesta emocional importante a esta dedicación exclusiva, por su misma enfermedad, y que como resultado el familiar termina convirtiéndose en un segundo paciente con cuadros depresivos o ansiosos por las limitaciones y obligaciones que se le imponen.

Es difícil saber cuál fue la razón por la que los economistas de la época no consideraron adecuadamente la importancia del síndrome de-

mencial pero es evidente que con el aumento paulatino de años de vida de los seres humanos que ya sobrepasan en la mayoría de los países los setenta y cinco años, seis años más que la expectativa de vida en los noventa, la pirámide poblacional se está invirtiendo a pasos agigantados y la presencia de esta patología en la población envejecida se hace cada vez más importante y si todavía no es la número uno en la lista, pronto lo será.

### **Cuerpo Mente y Enfermedad Mental**

El cuerpo es el territorio desde el que se organiza nuestra vida y la experiencia, mucho se ha hablado de la división mente cuerpo, y esta división ha estado presente en nuestra academia y sociedad durante siglos. El campo de la salud no ha sido ajeno a esta división y nuestra concepción de la salud gira en torno a esta dicotomía. Desde la medicina tradicional el cuerpo y la mente han sido objetos separados y aislados entre sí; contamos hoy día con especialidades médicas para cada parte del cuerpo u órgano, así como con técnicas médicas avanzadas y específicas para el tratamiento del cuerpo y sus partes, pero poco hemos hecho por entender cómo se relaciona en la experiencia profunda del cuerpo enfermo con la mente que lo vive y la enfermedad que lo aqueja.

La mente y el cuerpo no son dos entidades separadas como hemos pensado por mucho tiempo, son un continuo único e indivisible, e incluso cuando llega la enfermedad, esta hace parte de ese continuo y señala alguna dificultad enmarcada en dicha unicidad; de ahí que para comprender mejor a un paciente aquejado de una enfermedad es necesario escucharlo atentamente y denotar las sutiles particularidades de esa experiencia permitirá que podamos brindarle una atención verdaderamente ligada a sus necesidades y que permita en parte aliviar su sufrimiento. Reconocer que la relación entre la mente, y el cuerpo es una relación profunda y continua que pone de manifies-

to un complejo entramado que podríamos definir como vida psíquica, es un primer paso para entender cómo afecta la enfermedad a un individuo y por lo tanto cómo podríamos contribuir en algo a hacer más llevadera su condición.

Ahora bien, al reconocer esta profunda relación es de suponer que aquello que atañe a la mente atañe a su vez al cuerpo, y aquello que la mente no puede expresar a través de palabras y en ocasiones hace que esta mente enferme, ocasionando también a que el cuerpo que habita esta mente también enferme como una forma de expresar este malestar. Aunque, el estudio de los procesos psicósomáticos es bastante amplio y abarca distintas disciplinas y enfoques, en este apartado trataremos de esbozar esta relación a partir de la función del habla como vía hacia dichos procesos.

Pero hemos estado acostumbrados, quizá por un sesgo cultural o social, a no reconocer nuestro cuerpo, ni relacionarnos a partir de nuestra mente con él. Generalmente solo sentimos nuestro cuerpo cuando enferma y menos aún prestamos atención a la relación de aquello que decimos y como se expresa de nosotros dicha relación “[...] parecería que, en la convivencia que establece con el cuerpo como espejo del otro, en la familiaridad del sujeto con los procesos de simbolización de los propios compromisos corporales durante la vida cotidiana el cuerpo se borra, diluido en el cuasi-automatismos de los rituales diarios” (Le Breton, 1990).

El lenguaje es un proceso psicósomático (Dethlefsen y Dahlke, 2005) las palabras que usamos para referirnos a nuestro cuerpo y actividades físicas son elaboradas a partir de nuestras experiencias corporales. El habla, es un proceso que pasa por el cuerpo, y de tal manera expresa no solo contenido funcional comunicativo sino dicho contenido en relación con la experiencia del cuerpo en el cual se inscribe. De ahí que el habla juegue un papel fundamental en la interpretación

de síntomas, dolencias físicas y su diagnóstico. “El que ha aprendido a percibir la ambivalencia psíquica del lenguaje comprueba que el enfermo, al hablar de sus síntomas corporales suele describir un síntoma psíquico [...] este tiene tan mal la vista que no puede ver las cosas claras, aquel no oye nada, aquel del picor se arrancaría la piel” (Dethlefsen y Dahlke, 2005, p. 100).

Por lo tanto, el cuerpo asume lo que la mente no reconoce. La metáfora a través del cuerpo manifiesta o enuncia un deseo inconsciente que busca darse a conocer. La expresión del cuerpo a través de un síntoma o dolencia es un pretexto que comunica a manera de un habla y con un significado particular un mensaje aun no reconocido por el individuo ni en su mente ni en su lenguaje ordinario.

El dolor, el síntoma o la dolencia pueden comunicar un mensaje aun no enunciado “el caso de una empleada que no atreve a reconocer que esta ‘hasta las narices’ y que le gustaría quedarse en casa un par de días, traslada al terreno físico; no obstante, una congestión nasal que acepta sin dificultad y que le conduce al resultado apetecido” (Dethlefsen y Dahlke, 2005, p. 101).

El carácter metafórico y analógico del lenguaje permite la recreación a partir de abstracciones de referentes concretos como pueden ser los síntomas. El habla es ambivalente, una frase es enunciada y su significado es múltiple, la metáfora y la analogía permiten el doble juego con las palabras, por ejemplo, cuando usamos expresiones como: “él es un sol” “mi hijo es un príncipe”; en igual medida cuando nos referimos al cuerpo y sus partes también lo hacemos con este tipo de analogías “me han roto el corazón” “mis piernas son dos trancos”. Estos juegos de palabras permiten evidenciar no solamente la cualidad metafórica y analógica del lenguaje, sino también cómo esta capacidad expresa una relación íntima entre el pensamiento el cuerpo y la experiencia puestas de manifiesto en un acto de habla. La relación entre psique y cuerpo expresada en el habla pone en juego la división culturalmente

elaborada y sostenida del sujeto. A pesar de que, en el habla ordinaria vemos como esta relación es manifiesta y de hecho nos propondría hablar una unicidad de la conciencia psicológica y corporal, la dicotomía regresa, e incluso hablar en estos términos es una forma de sostenerla.

De tal forma en este documento pretendemos no solamente ofrecer un instructivo sobre el manejo del paciente con enfermedad mental sino además propugnar por una atención a este paciente que no esté basada únicamente en la técnica sino además en una escucha real y humana, que permita no solamente elaborar un perfil del paciente sino además permitirle sentirse, tanto al paciente como a su familia, comprendidos y entendidos en su sufrimiento, poder brindarles una atención y algunas herramientas que hagan de su día a día un proceso más llevadero en pro de una curación.

Se pretende presentar el cuerpo, la mente, la enfermedad y nuestros contextos como íntimamente relacionados. El cuerpo es un territorio desde el cual se inscribe la experiencia, aquellas cosas que nos suceden y que nos dejan una huella que se interrelaciona con nuestra mente y que en ocasiones dicha experiencia puede ser dolorosa y difícil de llevar ocasionando que enfermemos. La relación entre mente y cuerpo no solo se expresa en las facultades lingüísticas como conceptos y palabras, sino también con formas de corporalidad como los movimientos, las acciones y los gestos. Enfermar es un proceso psicosomático, de tal forma nos remite sobre esta relación que nos demuestra que en definitiva la conciencia el habla y el cuerpo, no solo están mediadas por una relación, sino que están más allá de esta apreciación y nos recuerdan la indivisibilidad del sujeto.



## Referencias

- Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., & Chou, P. (2004, Sep). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*, 55(9), 1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>.
- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013, Apr 15). Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health*, 13, 344. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-344>.
- Chaskel, R., Gaviria, S. L., Espinel, Z., Taborda, E., Vanegas, R., & Shultz, J. M. (2015). Mental health in Colombia. *BJPsych. International*, 12(4), 95–97. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000660>.
- CODHES: Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, No. 75. Bogotá, 22 de abril de 2009. Disponible en: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/3ADD2A7EEEFECBF485257601005693CC-Informe\\_completo.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/3ADD2A7EEEFECBF485257601005693CC-Informe_completo.pdf).
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2005) *La enfermedad como camino: Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades*. México DF; ed Dinámica psicológica.
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) [Internet]. Bogotá, 2015, Disponible en: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf).
- Gómez-Restrepo, C., De Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D., & González, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio [10.1016/j.rcp.2016.04.007]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>.

- Le Breton, D. (1990) *Antropología del cuerpo y la modernidad* Buenos Aires: ED. Nueva Visión.
- Martínez Flórez, J. F., Isaza, I. y Osorio, J. D. (2021). Efectos psicológicos inmediatos y autocuidado en la cuarentena por SARS-CoV-2 en el suroccidente colombiano. *Pensamiento Psicológico*, 19, 1-27. DOI: 10.11144/Javerianacali.PPSI19.epas.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). Línea 192 ya ha atendido 2.100 llamadas para Atención en Salud Mental &nbsp;; // . Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved Sep, 2021, from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Linea-192-ya-ha-atendido-2.100-llamadas-para-atencion-en-salud-mental.aspx>.
- Pérez Gómez A. (2009) Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. *Revista de socidrogalcohol* Vol. 21 Núm. 1 Pág. 81-88.
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A. & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>.
- Secretaría Departamental De Salud del Valle del Cauca. Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Análisis de Situación de Salud Valle del Cauca Año 2019 [Internet]. Cali 2019; disponible en: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=40711>.
- Shultz, J. M., Gomez Ceballos, A. M., Espinel, Z., et al (2014) Internal displacement in Colombia: fifteen distinguishing features. *Disaster Health*, 2, 13–24. doi: <http://dx.doi.org/10.4161/dish.27885>.
- Salud U. (2020). Los Problemas de Salud mental que ya está dejando ver la pandemia. *El Tiempo*. Recuperado Oct 19, 2021, [Internet]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/salud-mental-durante-la-pandemia-en-colombia-trastornos-que-han-revelado-los-estudios-526000>.

- World Health Organization. (2008). mhGAP : Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>.
- Wang, Y., Xu, B., Zhao, G., Cao, R., He, X., & Fu, S. (2011, 2011/01/01/). Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 75-77. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.11.001>.

# 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>.

# PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

*Psychosocial issues in primary health care*

**Marnell Ester Arroyave**

© <https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

Universidad del Valle.

Cali, Colombia.

**Iván Alberto Osorio Sabogal**

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

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

**Juan Felipe Martínez Flórez**

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

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

**Resumen:** En este capítulo se abordan las problemáticas psicosociales más prevalentes en el Suroccidente colombiano. Empezando por plantear una aproximación a dichas problemáticas desde un modelo ecológico, se define qué se interpreta como problemática psicosocial y sus tipos. Se aborda la problemática de violencia definida desde los lineamientos propuestos por la OMS y haciendo especial énfasis en la violencia autoinfligida. Posteriormente se aborda la problemática de embarazo en adolescentes y sus diferentes dimensiones desde el abuso sexual al consentimiento. Por último, de aborda el consumo de sustancias psi-

*Cita este capítulo*

Ester Arroyave, M.; Osorio Sobagal I. A.; Martínez Flórez J. F. (2022). Problemáticas psicosociales 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. 75-112). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

coactivas y la problemática social que supone su abuso. Para cada una de estas problemáticas psicosociales se presentan signos que permiten distinguir diferentes maneras en las que puede presentarse. Se presentan también guías para el contacto inicial con alguna de estas problemáticas en atención primaria su orientación y direccionamiento.

**Palabras clave:** problemáticas sociales, modelo ecológico, embarazo adolescente, consumo de sustancias psicoactivas, violencia, violencia autoinfligida, comunidad.

**Abstract:** This chapter addresses the most prevalent psychosocial problems in southwestern Colombia. Beginning with an approach to these problems from an ecological model, we define what is interpreted as a psychosocial problem and its types. The problem of violence, defined according to the guidelines proposed by the WHO, is addressed, with special emphasis on self-inflicted violence. Subsequently, the problem of adolescent pregnancy and its different dimensions from sexual abuse to consent is addressed. Finally, the consumption of psychoactive substances and the social problems involved in their abuse are addressed. For each of these psychosocial problems, signs are presented to distinguish the different ways in which they can present themselves. Guidelines are also presented for the initial contact with any of these problems in primary care, its orientation and direction.

**Keywords:** social problems, ecological model, adolescent pregnancy, consumption of psychoactive substances, violence, self-inflicted violence, community.

### **Aproximación ecológica a las problemáticas psicosociales**

Desde un modelo ecológico, la psicología intenta comprender la naturaleza polifacética de los problemas psicológicos, dado que no se restringen solo a un modelo médico donde el origen de las enfermedades

es solo biológico (bioquímico, genético, físico), sino que considera diferentes niveles de comprensión y caracterización de un problema específico: el primer nivel tiene que ver con factores biológicos y de la historia personal del sujeto, por ejemplo, características demográficas, edad, educación, ingresos, trastornos psiquiátricos, toxicomanías, entre otros. En el segundo nivel están las relaciones más cercanas, es decir núcleo familiar, amigos, pareja y compañeros que el sujeto tenga y que influyan en su estilo de vida, creencias y puntos de vista sobre el bienestar integral. En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios donde el sujeto cotidianamente desarrolla diversas actividades como el barrio, instituciones educativas, congregaciones religiosas, sitios de trabajo. Por último, el cuarto nivel, aborda factores relacionados con la sociedad, como las políticas sanitarias, económicas, educativas, sociales de la región o país en la que vive el sujeto y el grado de cercanía, conocimiento, postura crítica o posibilidad de hacerlas valer que tenga la persona (Bronfrenbrenner, 1976; 1986).

Con base en este marco de referencia, se puede afirmar que las problemáticas psicológicas deben ser abordadas teniendo en cuenta su carácter multifactorial, indagando las posibles causas en cada nivel y estableciendo una intervención coherente y que garantice el reconocimiento de las particularidades de la persona y al mismo tiempo favorezca un acompañamiento integral (Véase figura 1.).

**Figura 1.** Modelo ecológico para la comprensión de las problemáticas psicológicas.



Fuente: elaboración propia.

Igualmente, compendios médicos como el CIE- 11 y el DSM-V han establecido unas categorías que permiten establecer unos acuerdos sobre las diferentes enfermedades y dentro de ellas se encuentran las mentales; estos permiten identificar los signos y síntomas que están relacionados a las enfermedades y así poder establecer un diagnóstico e intervención acertados.

### **Tipos de problemáticas psicosociales**

Las problemáticas psicológicas que se manifiestan con mayor frecuencia en la actualidad, se encuentran estrechamente ligadas con las características sociales que estamos viviendo y al mismo tiempo, con los recursos tanto internos de las personas (imagen de sí, reconocimiento de sus posibilidades y limitaciones, toma de consciencia de respeto que se debe a sí mismo y a los demás, entre otros) como externos (posibilidades educativas, laborales, redes de apoyo), para hacer frente a las situaciones adversas o momentos difíciles que durante la vida se pueden presentar.

La violencia auto infligida (suicidio), violencia en espacios públicos, colegios, episodios de violencia familiar, de pareja, negligencia, abandono, abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados sobre todo durante la época de la adolescencia, entre otras, son problemáticas cada vez más frecuentes y graves en nuestro contexto y las personas que las viven merecen un acompañamiento integral. Por lo cual estamos llamados a ser agentes de cambio, desde el lugar que cada uno ocupe en la sociedad, tanto como formadores dentro de un hogar, como de profesionales investidos de autoridad desde la formación que tenemos y con posibilidad de incidir tanto en el momento del encuentro personal con el paciente y su familia como en una fase preventiva, es decir, generando espacios de discusión, por ejemplo, sobre estrategias de solución de conflictos, entre otros.

De tal forma, a continuación, encontrará una organización por categorías de estas problemáticas psicológicas, sus características generales, criterios de diagnóstico y una guía básica para la atención primaria y direccionamiento de las personas con este tipo de dificultades. Esta guía se organiza entonces de la siguiente manera:

- Violencia
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Embarazo durante la adolescencia.

## **Violencia**

La violencia “cercena anualmente la vida de millones de personas en todo el mundo y daña la de muchos millones más. No conoce fronteras geográficas, raciales, de edad ni de ingresos. Golpea a niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Llega a los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo. Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho de vivir su vida y criar a sus hijos sin miedo a la violencia. Tenemos que ayudarles a gozar de ese derecho, dejando bien claro que la violencia puede prevenirse, y aunando esfuerzos para determinar sus causas subyacentes y hacerles frente.” (Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas, Premio Nobel de la Paz en 2001)

Para enmarcar esta temática es preciso definir la violencia en términos generales, desde la OMS (2002) se plantea como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002, p. 4).

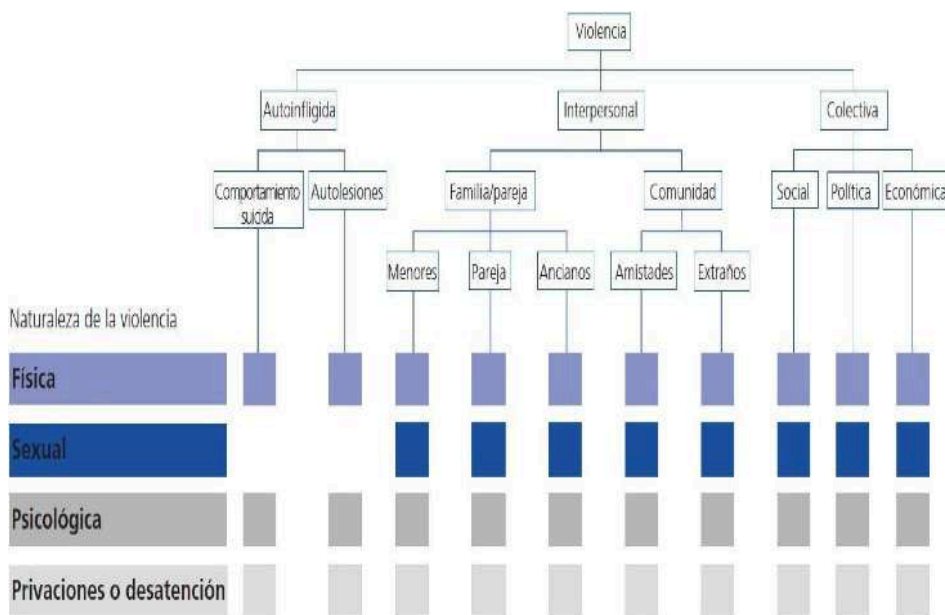
Esta definición involucra todos los actores de la sociedad, desde la familia hasta los de tipo armamentista en un país o población. Igual-

mente comprende diversidad de expresiones tanto físicas como emocionales, de tipo intimidatorio, que en nuestro contexto particular lamentablemente se dan con gran frecuencia en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como empresas, escuelas, familia, grupos de “amigos”, entre otros.

A partir del Informe mundial sobre la violencia y la salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra en el 2002, se establecieron múltiples factores que inciden en la aparición de esta problemática, explicándola por medio del enfoque ecológico, anteriormente expuesto y clasificando la violencia en tres tipos: auto infligida, interpersonal y colectiva.

### Tipos de violencia

**Figura 2.** Clasificación de la violencia.



Fuente: OMS (2002).

## **Violencia auto infligida (suicidio)**

La violencia autoinfligida comprende dos tipos, el comportamiento suicida y las autolesiones. Estas se diferencian, entre otros aspectos, en el grado de contundencia del acto y la intención de morir. La primera va desde el solo pensamiento de quitarse la vida, el paso a buscar estrategias para hacerlo, hasta llegar efectivamente a lograr su objetivo; no obstante, puede no ser clara esta intención por parte de la persona, según el informe mundial sobre la violencia y la salud, en el año 2003: “No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas” (p. 201). Otros nombres que suele recibir este acto son “intento de suicidio”, “daño autoinfligido deliberado”, “comportamiento suicida mortal” o “no mortal” para aquellas que no causan la muerte.

Hay varios momentos en este proceso, la ideación suicida consiste en “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (Eguiluz, 1995, p. 121), en otras palabras, consentir en el pensamiento o con la palabra el deseo de no vivir; esto suele acontecer a la mayoría de las personas en algún momento de su vida y no pasar de la idea, aunque a veces se constituye en el inicio de un fatal desenlace. El intento suicida sucede cuando la persona pasa a tomar acciones para atentar contra su vida, independientemente de la eficacia del método o la manera para realizarlo y si es consciente o no de las posibles consecuencias de su acción auto agresiva. Según información de la OMS, alrededor de 800 000 personas se suicidaron durante el 2014, esta es la tercera causa de muerte entre los 15 y 19 años de edad y el 79% de los casos se presenta en países con ingresos bajos y medianos.

De acuerdo con la OMS en su resumen ejecutivo sobre la prevención del suicidio, publicado en el 2014, existen diferentes mitos sobre el in-



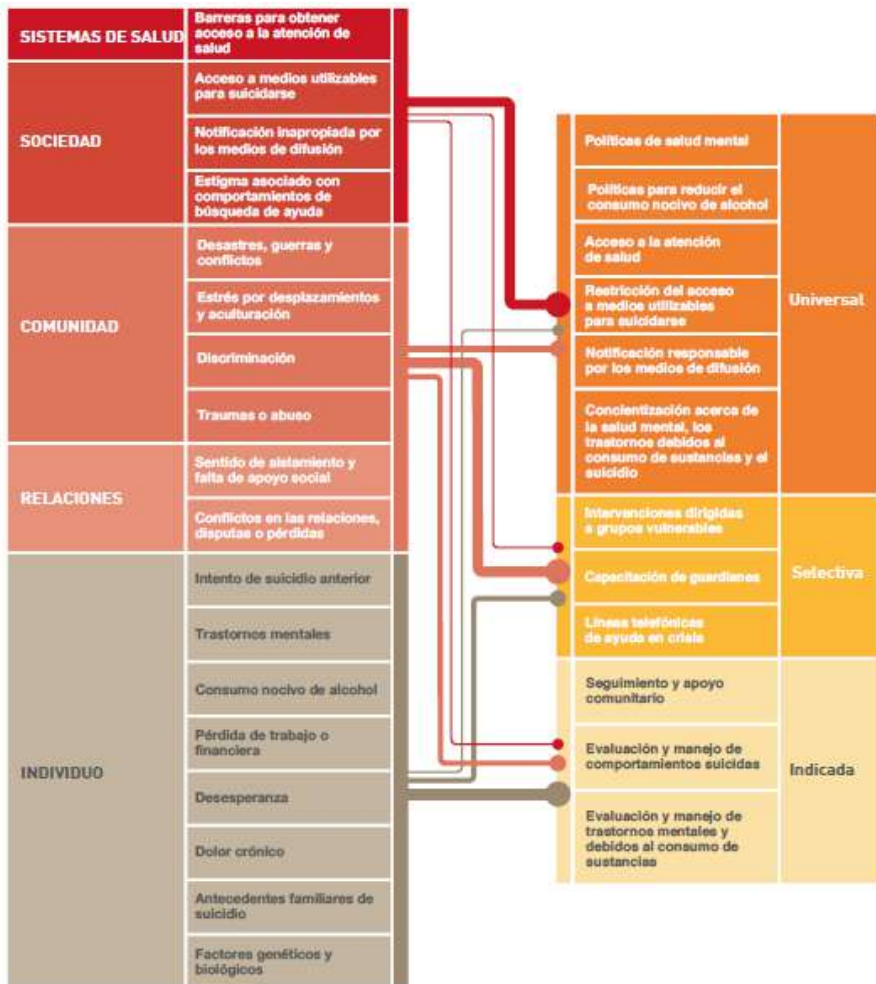
tento de suicidio, entre ellos está el creer que generalmente los suicidios se dan sin indicios previos, por el contrario: “La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.” (p. 29) A continuación se presentan algunos de ellos.

La automutilación, según la OMS, tiene que ver con: “la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente” (p. 201). Los comportamientos comprenden tanto mutilaciones de partes del cuerpo, golpearse, arrancarse el cabello, como mutilaciones sutiles, cortarse o quemarse la piel. No obstante, es difícil su evaluación en el momento de identificar la intencionalidad de la persona que lo realiza. Igualmente, aún no hay acuerdo sobre el considerar el comportamiento automutilador como una entidad clínica autónoma o parte de otras patologías, como lo plantean Maurente, L. y col.(2018) en su estudio, las automutilaciones en la adolescencia. En el artículo consideran tres factores para determinarlo: carácter directo o indirecto del acto, nivel de letalidad y aspecto repetitivo. En todo caso, debe ser considerada como una señal de alarma y por consiguiente implementar el protocolo idóneo para atender a la persona, quien generalmente es joven.

Los factores de riesgo de comportamiento suicida provienen de fuentes biológicas, psiquiátricas, sociales, ambientales y de la historia personal. Entre los aspectos psiquiátricos se encuentran, la depresión grave (el más frecuente), trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, ansiedad. Las fuentes biológicas pueden estar vinculadas a familiares biológicos que han cometido suicidio, a la deficiencia de serotonina, neurohormona que contribuye en el control del estado de ánimo y la agresión, luego de fases de enfermedad, también está relacionada con enfermedades graves e incapacitantes que llevan a la persona a hacer un cambio drástico en su vida y puede estar acompañada por depre-

sión. Los acontecimientos de la vida de la persona, como la muerte de un ser querido, la separación, diferentes tipos de violencia, entre otras, también pueden ser factores para tomar la decisión de no vivir más. Por último, entre los factores sociales y ambientales se encuentran la situación laboral, económica, migratoria o religiosa.

**Figura 3.** principales factores de riesgo suicida y las intervenciones que según la OMS considera pertinentes.



Fuente: OMS, 2014

## **Intento suicida versus gesto suicida**

Una de las dificultades que se presenta al médico de urgencias que se encuentre a este grupo de pacientes, es diferenciar entre intento suicida y gesto suicida por su ambigüedad.

Gesto suicida se refiere a todas las actitudes y formas de comportamiento riesgosos para la integridad del individuo, pero que no están en su contenido consciente (no se planean, solo se ejecutan las acciones riesgosas). Esto puede pasar desapercibido o incluso estimularse, como en los jóvenes que desarrollan deportes extremos o cuando no se toman las debidas precauciones para alguna actividad. A veces asume la actitud de acciones heroicas.

Intento suicida es toda acción clara y contundente encaminada a acabar con la vida. Si la persona expresa la intención y de alguna manera la planeó con ese fin antes de ejecutarla, así sea el paciente que toma una cantidad evidentemente no mortal de medicamentos o se corta las muñecas de forma superficial, sin importar si la motivación es huir (suicidio como salida a los problemas), chantajear (generar culpa o vergüenza en otros), o llamada de socorro (pidiendo auxilio o atención) o las tres cosas a la vez como sucede casi siempre, debemos considerarlo intento suicida.

## **Evaluación del riesgo suicida**

Lo importante allí no es determinar la motivación evidente, sino detectar el RIESGO SUICIDA PERSISTENTE, lo cual muchas veces se obvia, una vez se ha ejecutado la labor médica de urgencias de salvar la vida tras el intento.

Idealmente toda persona que ha realizado un intento o un gesto debe ser valorado por personal entrenado en salud mental para intentar determinar este riesgo persistente o residual.

Como regla básica, es mejor errar por exceso que por defecto, así que es mejor remitir el paciente para valoración, que enviarlo a la casa ante la idea de que ese intento no se repetirá. Tal vez el paciente esté buscando este tipo de atención.

Algo claro es que algunos pacientes se deben hospitalizar obligatoriamente:

- Paciente que exprese persistencia de la idea suicida. “Cuando salga de aquí me voy a matar”.
- Paciente que no tiene apoyo familiar adecuado. “Este muchacho lo único que sabe es crearme problemas. Ahora como hago para pagar esto. Mejor se hubiera muerto”.
- Si el intento fue severamente violento o extraño (siempre hay que valorar si esta psicótico). “Se enterró una aguja en el ombligo o se tragó vidrio o pedazos de cuchilla de afeitador, etc.).
- Si el paciente está evidentemente psicótico. “Oigo una voz que me dice que me mate”.
- Ante alto grado de sospecha de que el paciente o los familiares están mintiendo es preferible equivocarse en bien del paciente y hospitalizarlo.

## **Violencia interpersonal**

Esta comprende dos tipos:

- **Violencia intrafamiliar:** se produce entre miembros de la familia, compañeros sentimentales o hacia aquellas personas con pocas posibilidades de defender su integridad física y emocional como los niños y los ancianos. Puede darse violencia física, psicológica, sexual, abandono y negligencia en el caso de los niños.
- **Violencia comunitaria:** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece general-

mente fuera del hogar. Se puede dar entre vecinos, estudiantes de colegios, donde se privilegia la violencia física y emocional (matoneo) y se traduce en amenazas, intimidación, burlas, bromas pesadas, por medio de herramientas como las redes sociales de internet. Este último caso, se ha incrementado en nuestras Instituciones educativas, sobre todo a nivel de bachillerato, el chico(a) intimidado puede llevar a perder interés por sus estudios o tener problemas psicosomáticos, trastornos emocionales, deprimirse, mostrarse ansiosos ante situaciones que involucren el contacto con sus pares, como eventos en el colegio, el tiempo de descanso, o simplemente las horas de clase; en algunos casos puede llevar a tomar la decisión de quitarse la vida o en otros pasar de agredido a agresor.

### **Conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos**

Refiere a acontecimientos violentos a gran escala como genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado. Esta expresión no será abordada en este documento.

**Tabla 1.** Guía Básica para Ingreso y Manejo del Sujeto afectado por problemática de Violencia: Signos compartidos y específicos a diferentes tipos de violencia.

	IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE VIOLENCIA			
	INTENTO SUICIDA	VIOLENCIA DE PAREJA	VIOLENCIA INFANTIL	VIOLENCIA JUVENIL
<b>Signos diferenciales o específicos a una problemática</b>	<p>Existencia de un reporte anterior de intento de suicidio</p> <p>Según la historia referida por el paciente o sus familiares, el paciente ha tenido ideación suicida o intentos de quitarse la vida.</p> <p>Ha tenido eventos precipitantes como ruptura amorosa, muerte de un ser querido, enfermedad, entre otras, que lo han llevado a tomar esta decisión.</p>	<p>Reporte anterior de violencia.</p> <p>Percibe el maltrato como algo normal en su relación.</p> <p>Es amenazada-o con el abandono, hacerles daño a los hijos y/o familia.</p> <p>Es obligada-o a mantener relaciones sexuales contra su voluntad.</p> <p>Se siente perseguida-o, intimidada, amenazada de muerte, con miedo constante a una persona o a un evento de violencia real.</p> <p>Las mujeres por diferentes razones pueden no expresar abiertamente el asunto de violencia de pareja, síntomas depresivos, problemas con sus hijos, miedo y culpa por perder a su pareja, dificultades en su sexualidad.</p>	<p>El niño explicita que ha sido abusado-a sexualmente (creer en la palabra del niño(a) través de un informante competente.</p> <p>Signos de abandono total o parcial, desnutrición, desescolarización, condiciones de salud deteriorada, descuido en su apariencia física, Se observa poco interés o interés exagerado en sus expresiones de dolor.</p> <p>Mucha agresividad o extrema pasividad, aislamiento y retraimiento. Edad entre 0 y 14 años.</p>	<p>Ingresa por lo general por signos físicos (lesiones en su cuerpo).</p> <p>Refiere haber estado en un conflicto previo con otros jóvenes o con la autoridad.</p> <p>La edad oscila entre los 15 y los 20 años.</p> <p>Cuando son víctimas de matoneo: depresión, ansiedad, problemas psicosomáticos, actitud pasiva ante el conflicto y rechazo a transitar por ciertos lugares o a ir al colegio.</p> <p>En algunos casos ideación o intento suicida</p>

	IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE VIOLENCIA			
	INTENTO SUICIDA	VIOLENCIA DE PAREJA	VIOLENCIA INFANTIL	VIOLENCIA JUVENIL
Signos compartidos	<p>Lesiones en su cuerpo: con objetos corto punzantes, armas de fuego u otros objetos que causen contusiones, intoxicación por medicamentos o sustancias psicoactivas. Se observan hematomas (moretones), laceraciones, quemaduras o erosión o formación de cicatrices en las comisuras de la boca.</p> <p>Inestabilidad emocional, cambios en el estado de ánimo al sentirse temeroso de los demás, confusión ante los ofrecimientos que le hacen para ayudarlo percibiéndolo como algo agresivo o peligroso.</p>			

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2.** Guía para el abordaje inicial de la problemática de violencia en atención primaria.

	Guía básica para una entrevista y manejo del paciente con signos de violencia			
	Motivo de Consulta	Historial previo	Evaluación del Estado mental	Evaluación de riesgos para el paciente
Fase de indagación	Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar.	Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, el estado emocional, médico, en las personas significativas para él que podrían brindarle ayuda por fuera del hospital (redes de apoyo) y en su salud mental. Si el paciente tiene antecedentes de enfermedad mental es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió.	Determinar el estado del paciente, está consciente o inconsciente, orientado.	¿El paciente ha amenazado con agredir a otros o a él mismo? Aunque el paciente no refiera explícitamente se debe determinar el riesgo.

	<b>Guía básica para una entrevista y manejo del paciente con signos de violencia</b>			
	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Historial previo</b>	<b>Evaluación del Estado mental</b>	<b>Evaluación de riesgos para el paciente</b>
Sugerencias para la entrevista previa	<p><b>INTENTO SUICIDA</b> ¿Has tenido alguna situación difícil últimamente, cuál?, ¿cómo te has sentido respecto a esto?, ¿cómo has enfrentado estas dificultades?, ¿le has contado a alguien la situación que estás viviendo?, ¿qué otras opciones has pensado para solucionar el conflicto?</p> <p><b>VIOLENCIA DE PAREJA</b> (debe ser entrevistada sola, sin presencia del compañero) Si llega con lesiones en su cuerpo ¿qué sucedió para que fuera golpeado-a de esta forma? Si hay sospechas, ¿usted con quienes vive?, ¿cómo se siente usted con las personas que vive, hijos, compañero-a, esposo-a?, ¿últimamente ha tenido alguna situación conflictiva o que le genera estrés o molestia en su familia o fuera de ella?, ¿hay algún asunto que preocupe en relación salud física o con la forma como se siente últimamente, aburrida, molesta, sola, cansada, etc.? ¿Ha sido forzada/o por su pareja a hacer algo con lo que no está de acuerdo? ¿A qué personas les ha contado lo que le está ocurriendo en este momento? ¿Cómo se siente frente a esta situación?, ¿qué ha pensado hacer al respecto?</p> <p><b>VIOLENCIA INFANTIL</b> Cuando llega el niño-a, puede ser remitido por la Institución Educativa, por alguien de la familia, vecino, en otros casos por la policía u otro organismo competente y lo que se pretende es hacer una valoración física y psicológica. Por lo general, el niño-a puede estar confundido con la situación, sentirse culpable, temeroso, bajo amenaza o intimidación. Por esto es necesario brindarle confianza, seguridad y hacerle saber que él no es culpable. Cuando esté tranquilo preguntar: ¿Cuéntame cómo pasó? Hubo amenazas, ¿quién lo hizo?, ¿a quién más le has contado?, ¿cuándo pasó?, ¿dónde?, ¿cuántas veces ha ocurrido?, ¿desde hace cuánto?, ¿cuándo ocurrió la última vez?, ¿dónde estaban los otros miembros de la familia? Identificación del agresor.</p> <p><b>VIOLENCIA JUVENIL</b> En caso de violencia escolar o matoneo, si es la persona intimidada es importante hacerle saber que allí está seguro y que es mejor denunciar que permanecer en silencio: ¿Cómo te sientes en tu colegio?, ¿cómo te la llevas con tus compañeros?, ¿qué cosas son las que más te gustan y te disgustan de los compañeros de tu colegio?, ¿a quién le has contado sobre este asunto?, ¿tu familia conoce lo que está pasando contigo y tus compañeros?, ¿cómo piensas enfrentar esta situación?, ¿cómo han manejado la situación en tu colegio? para ampliar la entrevista ver capítulo 3: Cuestionario de Ortega, Mora-Merchan y Mora (2010), para alumnado, sobre Intimidación y maltrato (Adaptado) y AUTOTEST CISNEROS.(2005) Piñuel I, Oñate A.</p>			



	<b>Guía básica para una entrevista y manejo del paciente con signos de violencia</b>			
	<b>Motivo de Consulta</b>	<b>Historial previo</b>	<b>Evaluación del Estado mental</b>	<b>Evaluación de riesgos para el paciente</b>
Fase de intervención y remisión del paciente	<p>- Una vez 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 casos de violencia o basta una intervención en el nivel primario en medicina general, psicología, trabajo social u otro profesional de la institución.</p> <p>- Si se requiere remitir revise el anexo de instituciones en especializadas en violencia y las personas de contacto.</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. En otras instituciones como el HPUV o el HUV solicitan exámenes de laboratorio previos. Antes de remitir revise si el paciente tiene los documentos para ingresar a la institución.</p> <p>¿Ha considerado que el paciente pueda tener otra enfermedad?</p>			

Fuente: elaboración propia.

## **Embarazo Adolescente**

El reporte de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en el 2010, informa que de las menores de 20 años embarazadas encuestadas, el 66% no tenía planeada la llegada de un bebé aun y sus proyectos de vida eran diferentes, el 50% lo había pensado, pero más adelante, el 16% no lo quería en ese momento y el 34% si quería tener un hijo en ese momento de su vida.

Esto evidencia el gran número de adolescentes que sin planearlo se encuentran ante una condición que implica un cambio profundo en sus proyectos, intereses, deseos, expectativas a futuro y se ven enfrentadas a tomar decisiones en algunos casos en su relación de pareja, asumir nuevas responsabilidades, pensar y sentir en otro ser humano que lleva por un tiempo con ella y que requiere todo el cuidado, cariño y

protección; que en ocasiones, la madre adolescente no está preparada o se encuentran en ella sentimientos variados frente a su condición, su bebé y lo que representa para ella asumirse como madre.

Sin dejar de lado las implicaciones a nivel social, la educación que en ocasiones es abandonada, los amigos que frecuenta y las relaciones con su familia que pueden brindarle o no un acompañamiento en este nuevo momento de su vida. Todos estos factores rodean la nueva madre adolescente quien llega al servicio de atención.

La Organización Panamericana de Salud reporta que entre el 2000 y 2005 se registraron en el mundo 133 millones de embarazos, de los cuales 14 millones (10.5%) corresponden a madres entre 15 y 19 años, el mayor porcentaje se registra en América Latina y Caribe (16.3%), África (15.8%), y Norte América (12.2%). Colombia ocupa el tercer lugar de embarazo de adolescentes en América Latina, seguido de Venezuela y Brasil con proporciones de 20.5%, 18% y 16.9% respectivamente.

Según el Conpes Social, las investigaciones realizadas alrededor del embarazo adolescente coinciden en afirmar el carácter multifactorial del mismo. Desde la teoría de los determinantes sociales, que hace referencia al conjunto de variables individuales, sociales y estructurales que se relacionan para explicar los fenómenos asociados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, estos se ubican en próximos, intermedios y distales.

Los factores próximos incluyen tanto condiciones biológicas como de carácter individual, esto es, el inicio temprano de las relaciones sexuales. La conciencia del cuidado de su cuerpo y el grado de conocimiento sobre el uso de los métodos de planificación. Los intermedios tienen que ver con las condiciones familiares, como el nivel de confianza, escucha, diálogo, comprensión, el tipo de normas y cuidado prestado de los adultos hacia la niña o adolescente. Las concepciones

sobre equidad de género, sobre la formación académica, el trabajo, las relaciones de pareja, la decisión frente a conductas de riesgo son elementos que influyen en la postura que tome la chica frente a su sexualidad. Por último, los factores distales se relacionan con el contexto social, económico, acceso a servicios públicos, las relaciones que establece con sus pares, igualmente el conocimiento que tenga sobre los distintos planes que se ofrecen por parte de las entidades públicas del país y la región, por ejemplo, los servicios amigables.

Con el propósito de disminuir las cifras de embarazos adolescentes, la OPS, entre otras estrategias, propone visibilizar las cifras detallando los factores determinantes y maneras de afrontarlos de modo eficaz. Otra propuesta, es diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, teniendo en cuenta sus características, necesidades y sus valores culturales, lo cual podría garantizar una mejor recepción de las propuestas. Además, proponen vincular a la población joven en el diseño y ejecución de actividades, lo cual genera compromiso, confianza y credibilidad en la población receptora.

En el protocolo de atención a la adolescente embarazada menor de 15 años, el sector protección, está encargado de hacer una investigación sociofamiliar y entregar un reporte a la fiscalía (sector justicia). En el caso del sector salud, si bien generalmente se cuenta con poco tiempo para atender a la paciente, es importante ofrecer un acompañamiento desde el cuidado y protección de la adolescente.

**Tabla 3.** Guía Básica para Ingreso y Manejo de la Paciente adolescente embarazada: Signos compartidos y específicos para la problemática de embarazo adolescente.

	Embarazo en adolescentes		
	Embarazo consentido	Embarazo no consentido (abuso sexual) por persona desconocida	Embarazo no consentido (abuso sexual) por persona conocida
Signos diferenciales o específicos a una problemática	La adolescente llega generalmente con una actitud tranquila, sola o en compañía de algún familiar o de su pareja.	Lesiones en su cuerpo: con objetos cortopunzantes, armas de fuego u otros objetos que causen contusiones, intoxicación por medicamentos o sustancias psicoactivas. Hematomas (moretones), laceraciones, quemaduras o erosión o formación de cicatrices en las comisuras de la boca.  Infección urinaria, dolor al sentarse o al andar, sangrado.  A nivel emocional sentimientos de culpa, miedo, pánico, fobia, rechazo a algunos adultos.	Lesiones en su cuerpo: con objetos cortopunzantes, armas de fuego u otros objetos que causen contusiones, intoxicación por medicamentos o sustancias psicoactivas.  Hematomas (moretones), laceraciones, quemaduras o erosión o formación de cicatrices en las comisuras de la boca.  Infección urinaria, dolor al sentarse o al andar, sangrado.  A nivel emocional sentimientos de culpa, miedo, pánico, fobia, rechazo a algunos adultos, conflictos familiares.
Signos compartidos	Condición de embarazo.		

Fuente: elaboración propia.

**Figura 4.** Recuadros determinantes sociales embarazo adolescente.

<b>RECUADRO 5</b> <b>FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE IDENTIFICADOS POR LOS PARTICIPANTES</b>	
<b>Individuo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pubertad y neurodesarrollo durante la adolescencia y control limitado de los impulsos</li> <li>• Falta de conocimientos sobre sexualidad y reproducción</li> <li>• Iniciación sexual precoz o forzada</li> <li>• Unión precoz o forzada</li> <li>• Uso irregular de anticonceptivos</li> <li>• Ideas erróneas sobre los anticonceptivos</li> <li>• Perspectiva de futuro y percepción de sí mismo</li> </ul>	<b>Relación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores y expectativas de familiares, compañeros, profesores, etc. en cuanto a sexualidad, embarazo, violencia, etc.</li> <li>• Presión de los compañeros para tener pronto relaciones sexuales</li> <li>• Presión de la pareja para tener pronto relaciones sexuales</li> <li>• Bajo nivel de conexión con adultos en casa, en la escuela o en la comunidad</li> <li>• Escaso apoyo familiar y escasa transferencia de recursos y habilidades positivas para afrontar dificultades</li> <li>• Tolerancia o práctica de la violencia sexual</li> </ul>
<b>Comunidad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de acceso a educación sexual integral en casa, en la escuela o en la comunidad</li> <li>• Falta de acceso a servicios de salud y anticonceptivos asequibles</li> <li>• Falta de capital social y activos comunitarios de apoyo</li> <li>• Falta de normas y valores culturales y de género de apoyo y empoderamiento</li> </ul>	<b>Sociedad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas, leyes y normas sociales que no reconocen la sexualidad de los adolescentes ni su necesidad de educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos</li> <li>• Escasez de oportunidades educativas y laborales para los adolescentes de ambos sexos</li> <li>• Normas y valores que favorecen la desigualdad entre sexos</li> <li>• Tolerancia y aceptación de la violencia de género</li> </ul>

Fuente: Profamilia, 2015.

Primer momento (determinar las condiciones en que se presenta el embarazo) La paciente acude al servicio de salud ya sea por urgencias o por consulta externa y ella misma manifiesta o usted considera que presenta signos de embarazo. A continuación, encontrará una tabla que le muestra signos diferenciales y compartidos de las posibles condiciones en las que se ha presentado el embarazo con fin de ayudarlo a determinar si la paciente presenta un embarazo no consentido, de qué manera ofrecer un acompañamiento oportuno para, posteriormente, determinar el curso de acción a seguir.

**Tabla 4.** Guía para la orientación inicial en la problemática de embarazo adolescente.

	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Historial previo</b>	<b>Estado mental</b>	<b>Riesgo de autoagresión o agresión a otros</b>
Fase de indagación	Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar.	<p>Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, su estado emocional, mental y médico, las personas significativas para ella que podrían brindarle ayuda por fuera del hospital (redes de apoyo) y en su salud mental. Si la paciente tiene antecedentes de enfermedad mental o es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió.</p> <p>Descartar enfermedades orgánicas derivadas del abuso sexual, solicitar exámenes:                      - Citología vaginal                      - Examen de VIH                      - Serología (VDRL)                      - Sífilis                      - Hepatitis b                      - Hepatitis c</p>	Determinar el estado de la paciente, está consciente inconsciente orientada	<p>¿La paciente ha amenazado con agredir a otros o a ella misma?                      Aunque la paciente no refiera explícitamente, se debe determinar el nivel de riesgo</p>

	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Historial previo</b>	<b>Estado mental</b>	<b>Riesgo de autoagresión o agresión a otros</b>
Sugerencias para la entrevista previa	<p>- Tenga en cuenta su actitud (de apertura y de escucha) ante las inquietudes, temores, creencias expresadas por la adolescente, además brindar información clara y con términos comprensibles por ellas. En estudios realizados a nivel nacional, las adolescentes plantean que el personal de salud “no habla su mismo idioma”, no comprenden la información que se les brinda y por lo tanto, acuden a sus pares que posiblemente ofrezcan información equivocada.</p> <p>- Partir de la veracidad en la información proporcionada por la adolescente y en caso de culpabilización, aclarar que no es culpable de esta situación y que allí podrá plantear sus dudas frente a este nuevo proceso, tanto a nivel orgánico como las relaciones que establece.</p> <p>- Proyecto de vida y embarazo adolescente están directamente relacionados, muy probablemente las adolescentes no cuentan con un proyecto claro, que les permita fijarse metas a corto, mediano y largo plazo, no obstante, en este momento es vital indagar sobre este aspecto, dado que de ello depende no solo su futuro sino el de su hijo o hija. Es necesario implementar programas de acompañamiento a esta población con temas como proyecto de vida, redes sociales con las que cuentan, regulación de las emociones, construcción del proyecto familiar, que les brinde herramientas a nivel personal, emocional y social, una atención que vaya más allá de controles prenatales y del estado físico de la madre. Vinculación al programa Servicios amigables. Si no cuenta con este programa remitir al hospital más cercano.</p> <p>En el capítulo 3 de este manual se encuentra el listado de instituciones En caso de abuso: Hubo amenazas, ¿conoces a esta persona?, ¿a quién más le has contado?, ¿Cuándo pasó?, ¿dónde?, ¿cuántas veces ha ocurrido?, ¿desde hace cuánto?, ¿Cuándo ocurrió la última vez?, ¿dónde estaban los otros miembros de la familia? Identificación del agresor.</p>			
Fase de intervención y remisión del paciente	<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 adolescentes embarazadas (como el ICBF) o basta una intervención en el nivel primario en medicina general.</p> <p>- Si se requiere remitir revise el anexo de Instituciones en especializadas atención a adolescentes embarazadas y las personas de contacto.</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. En caso de remisión al Hospital Universitario del Valle o al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, debe revisar los documentos y los exámenes requeridos, para que el paciente no pierda la cita</p>			

Fuente: elaboración propia.

## Consumo de sustancias psicoactivas

En cifras reportadas por la UNODC, el consumo de sustancias psicoactivas prevalece entre la población juvenil a nivel mundial. En países como Canadá y los Estados Unidos de América (EE. UU.) jóvenes entrevistados informan haber consumido marihuana al menos una vez durante los años 2000 y 2001. A nivel nacional, el consumo se encuentra por debajo del nivel regional en especial la marihuana es la droga más consumida (8,2 %) por las personas en el Valle del Cauca, por encima solo un poco de los niveles nacionales (8 %). En cuanto a la ciudad de Cali, se aprecia que el 82,9 % de la población en el 2008 consumió alguna vez alcohol en el 2008, este porcentaje es 3,7 % menor que la prevalencia de Colombia, y 2,2 % menor que la encontrada en el Valle.

La marihuana es la sustancia ilegal más consumida en el Valle, por encima de los indicadores nacionales. En Cali, 10,6 de cada cien personas habría consumido marihuana alguna vez en la vida, este porcentaje es 32 % mayor que el observado en Colombia (8 %) y 29 % mayor que el observado en el Valle del Cauca (8,2 %). Por su parte el consumo de cocaína en Cali es 28 % mayor que en el total de Colombia

Estos alarmantes porcentajes tanto en Cali como en el Valle del Cauca, muestran que esta problemática cada vez “consume” más personas en nuestro contexto, en especial adolescentes y jóvenes. La causa de flagelo es diversa, tanto correspondientes al propio del sujeto (como organización psicológica, valoración de sí mismo, entre otros) como externos a él (escolarización, características de la vecindad, entre otros) y a su vez afecta las diferentes esferas de la vida del sujeto, la orgánica, la psicológica, el ámbito social en el que se desenvuelve, la mirada que tengan los otros sobre él., etc.

A nivel fisiológico tiene impacto en varios órganos y sistemas, especialmente en el sistema nervioso central, como reacción a la toxicidad



dad de las drogas psicoactivas, que pueden manifestarse inmediatamente, a mediano o largo plazo, de acuerdo a los componentes de las sustancias y a la particularidad de cada organismo. A nivel psicológico, se debe considerar la historia de vida del sujeto, la manera como han significado sus relaciones parentales, familiares y de amistad y las expectativas que tiene de su futuro, metas, sueños, lo cual se constituye en factores protectores o de riesgo en el proceso de adicción a las sustancias psicoactivas.

Desde la literatura sobre el tema, se han establecido cinco fases o tipos de consumo, que van en aumento de acuerdo a unos factores determinantes para su evolución, que son: la motivación principal de consumo, el desarrollo de tolerancia a la sustancia y, por último, la capacidad para controlar su uso (Véase figura 6.)

**Figura 6.** Cinco fases o tipos de consumo.

1	<b>Experimental</b>	Consumo motivado por la curiosidad, presión de grupo y búsqueda de riesgos.
2	<b>Social</b>	Consumo relacionado con actividades específicas, de tipo recreativo o social.
3	<b>Instrumental</b>	Consumo relacionado con la intención de procurarse emociones placenteras o la evitación de malestar, a través de la utilización de sustancias químicas.
4	<b>Habitual</b>	Incorporación del uso de drogas al estilo cotidiano de vida.
5	<b>Compulsivo</b>	Pérdida del control, condicionando las actividades de la vida al consumo, con el consiguiente deterioro en todas las áreas.

**Fuente:** Cohen y Estroff, 2001.

## **Problemáticas sociales asociados al consumo**

Desde una mirada psicológica, el consumo es la expresión de dificultades centradas en los vínculos afectivos. El ser humano, como sujeto psicológico va más allá de sus instintos ubicándose en el plano de la conciencia, es decir en la búsqueda de un bienestar y de unas condiciones que permitan enriquecer su vida de experiencias interesantes y gratificantes. En este marco, la familia y el contexto social están encargados de transmitir la riqueza cultural, de fortalecer los vínculos afectivos, enseñarle con su ejemplo el significado del cuidado y el respeto por sí mismo y por el otro, de mostrarle las normas y los valores para convivir con otros seres humanos. Cuando dichos referentes culturales no se transmiten de manera amorosa, respetando la integridad, los puntos de vista divergentes y asumiendo de manera responsable este compromiso, se tiende a presentar dificultades en la forma como el sujeto desde la infancia va dando sentido a su vida, evidenciándose niños, adolescentes o jóvenes carentes de representaciones de figuras representativas y valoradas que sean reconocidas como referentes. Por el contrario, tienden a replegarse hacia sí mismos, en la soledad de su habitación frente al computador o al televisor, deambulando por las calles sin rumbo y tiempo definido, sin noción de pasado y mucho menos de futuro, con encuentros pasajeros que les brindan satisfacción o protección momentánea.

En este marco, una de las maneras de refugiarse en un mundo imaginario es el consumir sustancias psicoactivas, donde se siente seguridad, se colma momentáneamente la necesidad de afecto, de comprensión, de estar en comunidad compartiendo gustos comunes y además adquirir cierto lugar en el grupo, como alguien capaz de transgredir lo convencionalmente prohibido.

Visto de esta forma se constituye en una problemática social y una responsabilidad conjunta, donde no solo el sujeto consumidor sino su red familiar, organizaciones prestadoras de servicios educativos,

de salud, culturales, deportivos entre otros, tienen un nivel de responsabilidad y están convocados a generar puentes para vincular a estos niños, adolescentes, jóvenes en procesos que favorezcan una mirada esperanzadora, de confianza en el otro y de futuro.

La familia por lo general requiere de un lado mucha orientación para el manejo de las diversas conductas perturbadoras del adolescente, pero a su vez también necesita de orientaciones en torno a las secuelas que la adicción de su hijo(a) ha dejado en ellos. De otro lado, es muy frecuente que los padres requieran de orientaciones en cuanto a los patrones de crianza, a las medidas o estrategias disciplinarias, del manejo de los reforzadores y el manejo en general de la autoridad en el hogar. A su vez, en variados casos es menester hacer intervenciones en el binomio padres por un conflicto conyugal crónico, o en su defecto requieran intervenciones para otras adicciones sea de sedantes, por ejemplo, en el caso de las madres o de alcoholismo en el caso parental. Tales hallazgos, pueden hacer que toda una familia requiera de intervención y que haga del caso uno de pronóstico variable en función al compromiso familiar con las diversas intervenciones.

Dentro de las diversas aproximaciones terapéuticas no se ha visto que ninguna sea superior a otra, sin embargo los abordajes que más eficacia han demostrado son las intervenciones de consejería, las cognitivas conductuales (habilidades sociales, asertividad, manejo de la apetencia, manejo de las distorsiones cognitivas etc.), la terapia de prevención de recaídas (tanto en la modalidad de consejería como cognitivo conductual), las diversas terapias de relajación, tanto la clásica tipo Jacobson, como aquellas mediante ejercicios de tipo aeróbicos de manera regular, así como las diversas terapias de familia, en especial la consejería en escuela de padres. (Saavedra, 1994; 1997).

La experiencia demuestra que los adolescentes que se mantienen por espacio de uno a dos años en tratamiento continuo tienen una

mayor tasa de recuperación que aquellos que sólo cumplen con el programa de internamiento o que acaban prematuramente el seguimiento ambulatorio. Se sabe que las deficiencias que se encuentran en el adolescente son múltiples y que el tratamiento es todo un proceso de cambio progresivo. De otro lado, es relevante también destacar que, en el seguimiento del consumo de drogas, en particular de drogas ilegales, es de suprema importancia la certificación de la abstinencia mediante exámenes toxicológicos urinarios continuos y de manera regular, con la finalidad de evitar que el (la) adolescente manipule la información y se las ingenie para consumir sin ser descubierto por los padres o el terapeuta.

Así mismo, es importante puntualizar que en el adolescente suelen existir algunas necesidades específicas diferenciadas de las del adulto joven. En primera instancia el consumo de drogas por lo general genera diversos estancamientos en el proceso evolutivo de la adolescencia, por lo cual debe facilitarse el paso y la resolución de todas las tareas evolutivas afectadas por la adicción. En particular, se halla el proceso de individualización, el mismo que en variadas ocasiones se ve retrasado por el mismo proceso del tratamiento adictivo; de otro lado la interacción con el sexo opuesto, donde no es infrecuente que se hayan tenido dificultades, tanto desde la perspectiva de inhibiciones y limitaciones en las habilidades sociales de interacción social, como también en casos específicos como son embarazos precoces y todo lo que representa ser padre/madre durante este proceso evolutivo. A su vez, los aspectos académicos y vocacionales constituyen otra área que amerita de evaluaciones psicológicas muy específicas para determinar las capacidades cognitivas y en función a ello planificar la consejería específica en el área académica. En lo referente a lo vocacional, en aquellos que han culminado sus estudios, la orientación psicológica y mediante test específicos son de suprema importancia, en virtud que muchas veces el adolescente escoge las diversas carre-

ras en función a ideas a veces distorsionadas y no en función a sus capacidades cognitivas, intelectuales o emocionales (Saavedra, 1994).

A su vez, se sabe también que el seguimiento de un adolescente en variadas ocasiones debe ser hasta por cinco años. Los primeros seis meses son los de estabilización de la condición adictiva, posteriormente se da la reinserción progresiva tanto en el plano académico y/o laboral, monitoreando a su vez que el (la) joven culmine de manera satisfactoria las diversas fases evolutivas de la adolescencia. Importante en estos procesos es la interacción del mismo con su entorno familiar, el mismo que en variadas ocasiones se encuentra también con deficiencias que requieren de un abordaje específico (Saavedra, 1994).

### **Problemas médicos asociados al consumo**

A nivel físico, el consumo de sustancias psicoactivas causa diferentes reacciones que van desde las más leves, como cambios de temperatura, sudor, cefalea, tos, dolor torácico, estimula o deprime del sistema nervioso central y se pueden ir complejizando de acuerdo a la reacción de cada organismo, la cantidad de sustancias psicoactiva introducida en el organismo, el tipo o contenido de cada una de ellas, como depresión respiratoria y toda clase de dolencias del sistema respiratorio, generación o pérdida del apetito, taquicardia, convulsiones tónico-clónicas, dilatación pupilar. Igualmente, las condiciones poco higiénicas que rodean el consumo de sustancias, como el manejo de agujas u otros implementos, la promiscuidad sexual, entre otros, conllevan a enfermedades como el VIH, hepatitis B y C, sífilis, cirrosis hepática, entre otras enfermedades que pueden ser tan graves hasta causar la muerte.

Los (as) adolescentes que consumen drogas suelen estar en mayor riesgo de problemas médicos por infecciones de diverso tipo, desnutrición, y en el caso de adolescentes de bajos estratos socioeconómicos, enfermedades como la tuberculosis. A su vez, la educación se-

xual y en especial la orientación a las enfermedades de transmisión sexual constituyen un tópico que necesariamente debe ser tocado con el adolescente, dado que es un área que con mucha frecuencia ha sido relegada por los padres y que expone al(la) joven al contagio de enfermedades como el SIDA o sífilis u otras enfermedades sexuales en virtud de conductas sexuales no protegidas o conducta de riesgo ante el consumo de drogas.

### **Intoxicaciones**

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en el CIE-11, se define la intoxicación como “[...] un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias sicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas” (Belloch et al. 1995, p. 256). De igual manera, la quinta versión del DSM-V, plantea que la intoxicación es un síndrome reversible en relación a sus signos y síntomas y dependiente de la sustancia consumida y el tiempo de haber sido ingerida.

Esta puede presentarse en personas que inician en el consumo, quienes reaccionan muy mal a las sustancias psicoactivas, tanto por la dosis consumida como por el tipo de sustancia. Igualmente, es importante tener en cuenta el peso corporal, edad, sexo y condiciones físicas de salud, actuales y previas y el contexto social en el que se dé la intoxicación como fiestas, eventos culturales, etc. Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal.

Teniendo en cuenta el perfil de sustancias consumidas por el adolescente, se analiza cada una de ellas destacando las consideraciones más relevantes para el (la) adolescente. En tal sentido en cuanto al

alcohol, la intoxicación severa puede dar estados de sopor e incluso inconsciencia, en especial en jóvenes novatos que tienen sus primeras experiencias de consumo intenso o que ingieren dosis elevadas en poco tiempo, o en su defecto hacen mezclas de licores como pasar de la cerveza al trago corto, tipo aguardiente, ron, o las famosos tragos preelaborados que en variadas ocasiones son mezclas de tragos cortos que inducen intoxicación severas en jóvenes no tolerantes.

Del mismo modo, la intoxicación severa se puede dar en mujeres, en especial cuando estas son victimadas, especialmente con la intención premeditada de inducir intoxicaciones severas con fines de violación. Es el caso de la violación que se da en una primera cita donde el joven la induce a tomar ya sea mezcla de tragos o tragos preparados. Aquí también es frecuente, bajo este rubro, el dar en el vaso de licor una benzodiacepina molida sin que la joven se percate para inducir un estado de intoxicación severa y luego aparecer ya sea en una residencia o en su defecto en un parque abandonada y ultrajada.

En cuanto al tabaco, si bien la adicción no es tan intensa en el adulto joven, si es importante a tener en cuenta, que aquellos ya han desarrollado una dependencia severa, es decir más de diez cigarrillos al día, la abstinencia brusca, puede dar un síndrome de supresión caracterizado por irritabilidad, malgenio, estados de cólera, ondulante, insomnio, ansiedad y deseos vehementes por fumar, dificultad en la concentración y aumento de apetito, aspecto muy preocupante en especial en la adolescente. Lo importante a considerar es que este cuadro suele iniciarse a las 12 a 24 horas después del último cigarrillo teniendo su pico de presentación entre el segundo y tercer día, para luego mantenerse por espacio de tres a cuatro semanas. (DSM-V, 2013). En variadas ocasiones la duración de este cuadro es una de las razones por las cuales el (la) adolescente suele volver a consumir el cigarrillo. De otro lado, es importante recordar que se ha encontrado una asociación entre el fumar y los estados depresivos, por lo cual,

se observa que muchos jóvenes pueden consumir con la finalidad de auto medicar su depresión.

Sobre las drogas ilegales, en nuestro medio, se destaca en primera instancia la marihuana, en tal sentido es aún la droga ilegal más consumida. Sin embargo, en cuanto las complicaciones asociadas a la intoxicación, estas son poco frecuentes en el adolescente en virtud que la dosis de consumo por lo general es baja. Uno de los aspectos a tomar en cuenta con la marihuana, a diferencia de la cocaína, se refiere al tiempo de duración de la intoxicación, la misma que si bien su pico se da entre los 20 a 30 minutos. Sus efectos pueden extenderse hasta por tres a cuatro horas. Tal situación puede hacer que el (la) adolescente pueda consumir una dosis antes de irse al colegio y otra a su salida y estar intoxicado gran parte del día con lo cual la incorporación de la sustancia en la vida cotidiana del (la) joven puede ser tan intensa que un joven vea muy difícil no estar bajo los efectos de la sustancia para poder funcionar apropiadamente.

En relación a las complicaciones, se destacan las crisis de pánico, con ansiedad, desesperación, sensación de falta de aire y angustia subsecuente, relacionada al temor que nuevamente le suceda una crisis similar. Los cuadros mentales más severos, son menos frecuentes, pero es importante tener en cuenta que el consumo crónico se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de esquizofrenia con OR de 4.8. En cuanto a la abstinencia, lo que sí se sabe es que no existe riesgo alguno de supresión brusca y en virtud que las dosis en el adolescente son relativamente bajas, los síntomas de supresión son muy poco probables.

Referente a los derivados de la cocaína, se destacan la pasta básica de cocaína (en los estratos socio económicos bajos y medios) y el clorhidrato de cocaína (estratos elevados). Aquí también es aplicable lo de la marihuana en el sentido que en el (la) adolescente las dosis por lo



general no suelen ser tan elevadas y es más bien en la adultez temprana donde las dosis suelen ser mucho más elevadas conforme se acentúa la gravedad de la adicción. Caso especial cuando existe abuso/dependencia combinada con el alcohol, en ese sentido si existe un riesgo de consumos muy elevados en virtud que los límites naturales de tolerancia son rebasados por la droga asociada. Es decir, la sedación excesiva por el alcohol es revertida por la cocaína y es así que se induce una mayor capacidad de tolerar dosis más elevadas de ambas drogas. En tal sentido las complicaciones, en especial de naturaleza cardiovascular pueden ser de riesgo, particularmente por la producción en el cuerpo de la coca etileno, sustancia, generada por el consumo combinado de ambas drogas y que se sabe es mucho más tóxico a nivel cardiovascular y considerado como uno de los causantes de muerte súbita.

En cuanto a las drogas prescriptivas, en el adolescente, las anfetaminas o las drogas de diseño, son las que sí pueden generar complicaciones por intoxicación, en especial en las primeras crisis de pánico, que son episodios de angustia severa, con sensación de falta de aire, desesperación y temor de muerte inminente de minutos de duración y que por lo general es desencadenada durante el consumo y en menor frecuencia por la abstinencia de la anfetamina. A su vez, en el plano de las anfetaminas una de las complicaciones muy frecuentes se refiere a los episodios de depresión transitoria inducida durante la abstinencia, la cual puede ser muy similar a una depresión mayor, pero que característicamente suele ceder con el paso de pocas semanas. Es frecuente, que a veces sea incluso de horas o algunos días de duración. En tales circunstancias hay un riesgo suicida, condición que la familia debe conocer y cuidar en especial en la semana siguiente a la abstinencia de las anfetaminas. En el caso de las drogas de diseño, en especial el éxtasis, las complicaciones suelen darse en jóvenes novatos, en especial aquellos que no conocen la droga o que están

siendo inducidos en ella. Aquí la complicación más frecuente se circunscribe a las deshidrataciones severas por hiperactividad inducida por la sustancia, por lo general en ambientes hacinados y donde la temperatura puede inducir una mayor deshidratación. En tales circunstancias lo más frecuente suele ser el llamado “golpe de calor” en el cual la persona puede desmayarse por hipovolemia y además por la pérdida de electrolitos; es factible el desarrollo de complicaciones cardiovasculares del tipo de arritmias, hasta el paro cardiovascular y la muerte. Es una de las pocas drogas que, a pesar de haber ingresado hace pocos años a nuestro medio, ha sido causante de muertes por esta complicación.

### **Abstinencias**

Según la OMS, lo considera como un síndrome: “Después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos, benzodiacepinas, cocaína y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de avidez o apetencia de la droga, por la necesidad de evitar o de aliviar las molestias ocasionadas por la privación o producir alteraciones fisiológicas lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico” (OMS, 2018).

**Tabla 5.** Guía básica para la identificación de signos específicos y compartidos de las variantes de la problemática de consumo de sustancias.

	IDENTIFICAR POSIBLE CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Problemáticas sociales asociadas al consumo	Problemas médicos asociados al consumo	Intoxicaciones	Abstinencias
<b>Signos diferenciales</b>	<p>Deterioro o reducción de actividades laborales o sociales, de ocio. Problemas de maltrato familiar, riñas callejeras, problemas legales, pérdida de su familia. Se emplea mucho tiempo en actividades de obtención de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.</p>	<p>Relacionados con el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico. Dependiendo del tipo de sustancias pueden presentarse enfermedades. Pacientes que se inyectan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen de VIH</li> <li>- Serología (VDRL)</li> </ul> <p>En situación de calle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sífilis</li> <li>- Hepatitis b</li> <li>- Hepatitis c</li> </ul> <p>Consumidores de licor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laboratorio de vitamina b12,</li> <li>- Ácido fólico</li> </ul> <p>-TGO, TGP, fosfatasa, alcalina para determinar cirrosis hepática. Pacientes que inhalan solución, bazuco, cocaína</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TBC y radiografía de tórax.</li> </ul>	<p>De acuerdo al tipo de sustancia ingerida puede tener signos y síntomas comunes como: alteración de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio, la afectividad, agresividad, estado cognitivo y el comportamiento psicomotor e interpersonal.</p> <p>Signos y síntomas diferenciados:</p> <p>Alcohol: desinhibición, tendencia a discutir, juicio alterado, marcha inestable, nivel de conciencia disminuido.</p> <p>Opiáceos: apatía, desinhibición, enlentecimiento psicomotor, juicio alterado, somnolencia, disartria, miosis, hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos osteotendinosos (ROT).</p> <p>Depresores del SNC, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos: apatía y sedación, euforia y desinhibición, rendimiento psicomotor alterado, amnesia anterógrada, depresión respiratoria.</p> <p>Marihuana: ansiedad, euforia, distorsiones sensorceptivas, seguidas de depresión y sueño, alteración de la realidad, pérdida del autocontrol, estados de pánico, ideación paranoide. Genera apetito</p> <p>Cocaína: estimulante natural del SNC. Atención exagerada, conductas repetitivas, dolor torácico, mareo, depresión respiratoria.</p> <p>Va de una extrema sociabilidad al aislamiento. Pérdida del apetito. Se usa como estimulante para hacer ejercicio.</p> <p>Combinación de cocaína y alcohol: síndrome de hipertermia maligna.</p> <p>Nicotina: náusea, salivación abundante, dolor abdominal, sudor frío, cefalea.</p> <p>Anfetamínicos: crisis hipertensiva y adrenérgica, hiperreflexia y psicosis aguda.</p> <p>Cafeína: excitabilidad del SNC, hiperreflexia e irritabilidad, convulsiones tónico-clónicas, taquicardia, dilatación pupilar.</p> <p>Alucinógenos: reacciones de pánico, delirium, psicosis, labilidad emocional, despersonalización, distorsiones perceptuales.</p>	<p>Generalmente se expresa de forma opuesta a la manifestación de la intoxicación, si la sustancia es estimulante se convierte en depresora y viceversa.</p> <p>Las sustancias con mayor nivel de mortalidad en caso de abstinencia son: alcohol y tranquilizantes (sedantes, hipnóticos, ansiolítico y opiáceos). Requiere manejo médico-psiquiátrico.</p> <p>Las de menor mortalidad son: cocaína, estimulantes, algunos opiáceos y marihuana. Requiere medidas farmacoterapéuticas, para evitar complicaciones psicológicas y sociales.</p>

	IDENTIFICAR POSIBLE CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Problemáticas sociales asociados al consumo	Problemas médicos asociados al consumo	Intoxicaciones	Abstinencias
<b>Signos compartidos</b>	<p>Signos y síntomas no deben ser explicados por ninguna enfermedad médica ni por un trastorno mental o del comportamiento. Disartria, marcha inestable, agresividad, en ocasiones nistagmo, tendencia a discutir, alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo alterado según la intensidad del consumo y potencia del tóxico, alteraciones de la percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica. Fragilidad afectiva, inestabilidad emocional, distorsión de la realidad, percepción alterada.</p> <p>Afectan el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central, excitándolo o deprimiéndolo.</p> <p>Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p>Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.</p>			

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 6.** Guía básica para direccionamiento en la problemática de consumos de sustancias psicoactivas.

	CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Motivo de consulta	Antecedentes clínicos	Evaluación del estado mental	Evaluación riesgos del paciente
<b>Sugerencias para la entrevista</b>	<p>Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar</p>	<p>Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, el estado emocional, médico, en las personas significativas para él que podrían brindarle ayuda por fuera del hospital (redes de apoyo) y en su salud mental. Descartar enfermedades orgánicas derivadas del consumo, para esto solicitar exámenes:</p> <p>Pacientes que se inyectan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- examen de VIH</li> <li>- serología (VDRL)</li> </ul> <p>En situación de calle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sífilis</li> <li>-hepatitis b</li> <li>-hepatitis c</li> </ul> <p>Consumidores de licor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-laboratorio de vitamina b12,</li> <li>-ácido fólico</li> <li>-TGO, TGP, fosfatasa,</li> </ul> <p>bilirrubinas para determinar cirrosis hepática.</p> <p>Pacientes que inhalan solución, bazuco, cocaína - TBC y radiografía de tórax.</p> <p>Si el paciente tiene antecedentes de enfermedad mental es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió.</p>	<p>Determinar el estado del paciente, está consciente o inconsciente, orientado.</p>	<p>¿El paciente ha amenazado con agredir a otros o a él mismo? Aunque el paciente no refiera explícitamente se debe determinar el riesgo.</p>

	CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Motivo de consulta	Antecedentes clínicos	Evaluación del estado mental	Evaluación riesgos del paciente
<b>Fase de intervención y remisión del paciente</b>	<p>Si es un caso de urgencia e identifica intoxicación o síndrome de abstinencia tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar y mantener los signos vitales y el estado de consciencia del sujeto</li> <li>- Inducir al vómito.</li> <li>- Lavado gástrico, en caso de que la inducción al vómito no sea exitosa o sea contraindicada esta inducción.</li> <li>- Tomar muestras de contenido gástrico para análisis toxicológico.</li> <li>- Canalizar una vía venosa, para permitir la administración de soluciones y medicamentos</li> <li>- Valorar necesidad y uso de diálisis peritoneal o hemodiálisis, según la severidad del caso, la sustancia usada y los protocolos para dichos procedimientos.</li> </ul> <p>Una vez se logrado establecer un panorama del estado y la historia del paciente se debe determinar el procedimiento a seguir con el mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúe si se requiere una remisión a una institución especializada en consumo de sustancias o basta una intervención en el nivel primario en medicina general.</li> <li>- Si se requiere remitir revise el directorio de instituciones especializadas en atención a pacientes consumidores de SPA y las personas de contacto en la tercera parte del documento.</li> </ul> <p>Tenga en cuenta que en 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>En caso de remisión al Hospital Universitario del Valle o al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, debe revisar los documentos y los exámenes requeridos, para que el paciente no pierda la cita.</p>			

Fuente: elaboración propia.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Belloch A., Sandín B., Ramos F., (1995) Manual de Psicopatología, Volumen I. Madrid: McGraw-Hill.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Conpes Social. (2012) República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. lineamientos para el desarrollo de una estra-

- tegia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Bogotá, D.C., enero 31 de 2012 [internet]. Disponible: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/147.pdf>.
- Eguiluz, L. de L. (1995), “Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes”, Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 121-130.
- Maurente, Lucía, Garcia, Loreley, Garcia, Irene, Grunbaum, Susana, & Pérez, Walter. (2018). Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. Archivos de Pediatría del Uruguay, 89(1), 36-39. <https://doi.org/10.31134/ap.89.1.7>.
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Fondo de Población de las Naciones Unidas. MinSalud. 2014. [internet]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). El embarazo adolescente. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano ECLAP OPS/OMS, p.1 [internet]. Disponible En: [http://www.clap.ops\\_oms.org/web\\_2005/estadisticasdelaregion/textos/e356-8 EmbarazoAdolescente.html](http://www.clap.ops_oms.org/web_2005/estadisticasdelaregion/textos/e356-8 EmbarazoAdolescente.html).
- Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)/ Ministerio de Salud y Protección Social. ministerio protección social Colombia [internet]. Disponible: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>.
- Saavedra-Castillo, A. (1994): Epidemiología de la Dependencia a Sustancia en el Perú. Rev de Neuropsiquiatría, 57: 150-169.

Saavedra, A. (1997). Manual de Atención Primaria para el Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso de Alcohol. Parte I-II, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, Ministerio de Salud.

UNODC Informe Mundial Sobre las Drogas 2009 resumen ejecutivo. (2009) [internet]. Disponible: [https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf).

World Health Organization, «Prevención del suicidio del suicidio: Un imperativo global,» 2014. [internet]. Disponible: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1).

World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health.

priority (WHO/EHA/SPI.POA.2). Geneva: World Health Organization; 2002. [internet]. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/abstract\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf).

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). [internet]. Disponible: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

# LA PROFUNDIZACIÓN EN LA ENTREVISTA Y DIRECCIONAMIENTO DE PACIENTES

*Tools for interviewing and directing patients*

**Iván Alberto Osorio Sabogal**

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

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

**Juan Felipe Martínez Flórez**

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

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

**Marnell Ester Arroyave**

© <https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

Universidad del Valle.

Cali, Colombia.

**Resumen:** En este capítulo se profundiza en una serie de contenidos de aplicación para el manejo de urgencias psiquiátricas en el marco de la APS. Se amplían las consideraciones para entrevista de pacientes con trastorno mental del afecto y psicóticos. De igual forma, se profundiza en la descripción de procedimientos de entrevistas para los niños, jóvenes y sus familiares en problemáticas asociadas al consumo y abuso de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo, la violencia y autoagresión. Por último, el capítulo presenta una serie de

*Cita este capítulo*

Osorio Sobagal I. A.; Martínez Flórez J. F.; Ester Arroyave, M. (2022). La profundización en la entrevista y direccionamiento de pacientes. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 113-164). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.



ayudas psicométricas que pueden orientar la identificación de problemáticas y su nivel de riesgo. Por ejemplo, escalas para el nivel de riesgo suicida, signos depresivos, síntomas de ansiedad, déficit cognitivo y un modelo para el registro de información del sujeto que requiere asistencia en salud mental.

**Palabras clave:** entrevista clínica, entrevista familiar, cuestionarios psicológicos, evaluación del riesgo.

**Abstract:** This chapter exposes a series of contents of application for the management of psychiatric emergencies in the PHC setting. This includes considerations for interviewing patients with mental disorders and instructions for psychotic disorders are expanded. Likewise, the description of interview procedures for children, young people and their families with problems associated with use and abuse of psychoactive substances, risk behaviors, violence and self-harm is further described. Finally, the chapter presents a series of psychometric tools that can guide the identification of problems and their level of risk. For example, scales for the estimation of suicidal risk, depressive signs, anxiety symptoms, cognitive deficits and a model for recording information on the subject requiring mental health assistance.

**Keywords:** clinical interview, family interview, psychological questionnaires, risk assessment.

### **Recomendaciones previas**

La atención de variedad de problemáticas y usuarios en un servicio de salud general puede suponer un desafío para un profesional o técnico de la salud, que no esté familiarizado en su área con la atención clínica de pacientes con afectación de trastornos mentales orgánicos, sobre todo en lugares geográficamente apartados de centros urbanos, donde usualmente un especialista en salud mental o trabajo social puede no estar presente la mayor parte del tiempo, por lo tanto, se

hace imprescindible que el personal de salud disponible, técnico o auxiliar o incluso profesional, cuente con herramientas que le permitan hacer una valoración del sujeto o familia que acude en busca de ayuda o direccionamiento al servicio de salud. Este capítulo y el siguiente pretenden brindar una profundización a los lineamientos, guías y sugerencias para el manejo de diversos trastornos mentales y problemáticas psicosociales revisadas en capítulos anteriores y que dada una circunstancia determinada puedan requerir de más información para tomar una decisión en la orientación o direccionamiento de un paciente. Los protocolos por exponer en este capítulo y el siguiente, contienen recomendaciones y guías que abarcan desde consideraciones prácticas para la entrevista de distintos tipos de urgencias en APS, pasando por el manejo de medicamentos y aspectos para tener en cuenta en la remisión del paciente; por consiguiente, es necesario que la aplicación o seguimiento de los protocolos o consideraciones aquí consignadas se realicen bajo la supervisión de personal médico del servicio de salud atendiendo a que cualquier intervención que se plantee debe ser útil para el paciente y sus familias.

En dicho sentido, antes de presentar cualquier protocolo hemos decidido enumerar diez recomendaciones a revisar para que nuestra orientación o direccionamiento sea útil al paciente:

1. Siempre se debe tener en mente consolidar una alianza terapéutica con el paciente.
2. Promover la adherencia a los medicamentos y medidas generales reduciendo la resistencia habitual a los tratamientos.
3. Brindar apoyo emocional frente a las experiencias particulares y los estigmas que sufre la persona por su condición.
4. Mejorar el ajuste y la adaptación a las situaciones particulares.
5. Reforzar la función cognoscitiva de los pacientes recordándoles las fechas, ubicarlos espacialmente y en lo personal.
6. Insistir en la recuperación vocacional.

7. Brindar apoyo y atención a los cuidadores.
8. Instruir a familiares y relacionados sobre las características del problema médico del paciente y cómo enfrentarlos.
9. Reducir el riesgo de suicidio y agresión intentando moderar los conflictos intrafamiliares.
10. Reconocer a tiempo los riesgos de seguridad del paciente y sus convivientes, comunicarlos para que reconozcan a tiempo las crisis.

Ahora bien, desde el punto de vista práctico antes de realizar la atención de una urgencia psicológica o psiquiátrica es necesario tener en cuenta:

1. Deben tomarse exámenes paraclínicos de control para descartar organicidad.
2. Se deben tener en cuenta antecedentes de enfermedad previa, como epilepsia, ACV, traumatismos, enfermedades cardiacas o neurológicas.
3. Analizar la adherencia a cualquier tipo de tratamiento, para evitar posteriores ingresos de urgencias.
4. Antes de medicar realice el EPF (examen psiquiátrico formal) completo.
5. Remita a psiquiatría y psicología todos los casos de paciente psiquiátrico e intento suicida.

Tenga además en cuenta los elementos básicos necesarios de un servicio de salud para manejar una urgencia psicológica o psiquiátrica:

- Consultorio.
- Elementos de inmovilización.
- Elementos para manejo farmacológico.

## **Consideraciones para la entrevista de un paciente con un trastorno del afecto**

La entrevista con un paciente con un trastorno afectivo puede ser un proceso más sencillo que la realizada con un paciente con trastorno psicótico. Sin embargo, tenga en cuenta las siguientes consideraciones a la hora de realizarla:

- Observar la historia del paciente con relación a los síntomas: tener en cuenta que los pacientes con enfermedad bipolar que están medicados pueden estar asintomáticos, el hecho de que un paciente se vea sin síntomas no es una indicación para suspender medicamento.
- Historial de depresión: la depresión debe evaluarse desde una perspectiva de antecedentes personales, porque un paciente puede tener una depresión desde un trastorno bipolar y el suministro de algunos medicamentos puede disparar el rasgo contrario de dicho trastorno.
- Hipomaníacos: los pacientes con la fase de hipomanía (euforia, desinhibición) pueden parecer empáticos con el entrevistador y pasar desapercibidos al entrevistador que no esté avezado en el reconocimiento de estos signos.
- Alteración de ciclos naturales: alteraciones de los ciclos circadianos, sueño o insomnio.
- Dudar razonablemente de lo que dice el paciente: es necesario expresar alguna duda para denotar qué tanto se reafirma la persona en sus posiciones.

En caso de que el paciente muestre ideación suicida se debe valorar si la ideación es nueva o si ya era una idea previa con plan estructurado. Si hay antecedentes de ideación o intento suicida se debe valorar ritmos de ingesta y vigilia del paciente al igual que cambios de comportamiento en los últimos días, semanas o meses, así como el compromiso por parte de la red de apoyo del paciente.

## **Consideraciones para la entrevista de un paciente con trastorno psicótico**

Una entrevista con un paciente con trastorno psicótico puede ser una actividad bastante complicada y de mucho cuidado, puesto que de encontrarse el paciente en un estado delirante quizá no esté de acuerdo en ser contradicho. También puede ser una actividad frustrante, ya que en la mayoría de los casos el paciente no estará dispuesto a abandonar sus creencias y puede no estar de acuerdo con la intervención y considerarla como una intromisión no deseada. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones a la hora de entrevistar un paciente en este estado, dado que, un sujeto con este padecimiento es alguien que su condición le ha causado gran sufrimiento, de tal forma, es importante mostrar una escucha atenta y comprensiva.

A la hora de entrevistar al paciente tenga en cuenta:

- Indagar en el interrogatorio por las alteraciones del curso de pensamiento: esto corresponde al contenido, los delirios (los delirios son ideas que no se modifican, perseverante, que no es compartido por el grupo social. Ej.: si el paciente dice que lo persiguen indagar por quien, para qué, con qué motivo etc.)
- Indagar cuidadosamente por el curso del pensamiento: tenga en cuenta que, no toda persona que muestra un lenguaje o habla extraña tiene una enfermedad psicótica, puesto que en otras enfermedades mentales las personas pueden hablar de forma extraña. Tenga en cuenta la incoherencia expresada en el habla, en si definitivamente no se entiende lo que dice.
- Determine si el paciente exhibe las alteraciones frecuentes en un trastorno psicótico crónico: lenguaje rebuscado, metonimias, o lenguaje muy elaborado no acorde con el contexto, o un mutismo extremo.
- Determine las alteraciones del comportamiento: toda aquella serie de conductas que no pueden ser explicadas de una manera

razonable (acumulación de objeto inútiles, conductas extrañas, destrucción de objetos sin motivo, uso inadecuado de objetos) conductas sobre las que el paciente al ser interrogado da explicaciones ilógicas.

- Determine si el paciente tiene alucinaciones: son alteraciones de los sentidos, como por ejemplo alucinaciones auditivas (esquizofrenia), alucinaciones complejas (pacientes con enfermedades orgánicas como epilepsia) alucinaciones olfatorias o gustativas, alucinaciones visuales (comunes en las intoxicaciones, ayudan a descartar organicidad).
- Determine si hay alteraciones del sensorio: en la mayoría de los casos se encuentran conservadas funciones como la memoria, orientación, cálculo y funciones motoras, si estas están alteradas hay que considerar otro tipo de organicidad como demencia.
- Evalúe alteraciones del afecto: este tipo de alteraciones dan “tips” diagnósticos, puesto que algunos pacientes como los que padecen esquizofrenia tienen un afecto aplanado, o si el paciente muestra suspicacia extrema puede ser signo de una esquizofrenia paranoide. La exaltación y euforia son comunes en pacientes con manía. La irritabilidad es característica en pacientes con psicosis tóxica.

### **Manejo de paciente con trastorno psicótico**

Antes de cualquier consideración sobre el paciente psiquiátrico, piense si la conducta que motiva su atención es una respuesta “normal” de alguien ante una situación de crisis, o un síntoma psicótico. Revise su grado de autocontrol a pesar de la ansiedad que pueda experimentar por una conducta de la otra persona. Verifique que es lo que desea el paciente, pues el problema puede tener origen en una solicitud simple como el acceso a una llamada telefónica. Observe las conductas de las personas que están acompañando al paciente, pues es común que su manera de enfrentar la situación origine las situaciones de agresión

de los pacientes y sepa cuando es el momento de pedirles que se retiren. Siempre conserve un tono de voz tranquilo, con intensidad baja y transmita mensajes sencillos. Retire cualquier elemento que pueda constituir un arma o ser utilizado para autolesionarse. Una vez determine que el caso constituye un riesgo vital para el paciente o para las personas que están a su alrededor tome la determinación (inmovilizar, sedar, remitir o todas las anteriores) sin prevenciones o dudas.

En caso de que el proceso de remisión sea demorado o tenga complicaciones, se puede tener en cuenta el siguiente proceso sin olvidar los efectos secundarios y contraindicaciones; también debe tener en cuenta que si no hay un episodio de agitación considerable es probable que no sea considerado como una urgencia por la entidad, sea explícito al momento de realizar la remisión.

- Controlar la posible agresión y prevenir intentos de fuga, suicidas u homicidas.
- No discuta con el paciente.
- Si es necesario inmovilice, teniendo en cuenta el no lacerar al paciente y cuidando la cabeza.
- Nunca realice la entrevista a solas.
- Nunca de la espalda a un paciente violento.
- Hable pausadamente, calmado.
- No lo critique.
- Mantenga las manos a la vista del paciente.
- Evite movimientos bruscos o súbitos.
- Inicie la entrevista con temas neutrales.
- Manténgase fuera del alcance del paciente.
- Nunca intente tocar al paciente.

## **Evaluación de jóvenes y sus familias en relación con el consumo de sustancias**

Uno de los aspectos básicos para la intervención con niños y adolescentes es sentar claramente las “reglas básicas” para una adecuada y fructífera entrevista con este grupo poblacional y con sus respectivas familias:

- *Reglas Básicas*

- a. La información básica debe ser parte del registro permanente y va a ser compartida por todo el equipo de salud mental, incluyendo al médico, la enfermera, la trabajadora social y los consejeros.
- b. Dado que los “secretos” son comunes entre niños y adolescentes con problemas de abuso/dependencia a sustancias, es importante por parte de los integrantes del equipo de intervención, evitar aparentar la imagen de colusión con el (la) paciente (algo así como una alianza con el terapeuta para esconder información a otro, el padre o un familiar). Mientras que la confidencialidad va a ser un asunto que se va a salvaguardar, no va a existir “secreto” alguno en torno al uso de sustancias entre los proveedores de salud y el paciente.
- c. Tanto el niño(a) y el (la) adolescente y sus padres tienen el derecho de negarse a responder cualquier pregunta, aun cuando se exhorte y se recomiende una actitud de apertura y honestidad por parte de ambos, con el fin de brindar una evaluación de lo más adecuada y a su vez, para la implementación de un plan de tratamiento lo más efectivo.



- *Límites de la Confidencialidad*

Existen algunos límites bien establecidos en torno a la confidencialidad que pueden ser resumidos de la siguiente manera: el padre (madre), tutor y a veces un(a) representante legal tales como la policía o un representante de una agencia de protección infanto-juvenil, debe ser informado(a):

- a. Si el paciente se ha involucrado en una conducta que sea de riesgo a su salud o de riesgo a la vida (como es el uso de drogas o sustancias psicoactivas), o si es que existe un riesgo suicida o de autoagresión por parte del paciente.
- b. Si el paciente tiene un potencial homicida.
- c. Si se obtiene durante la entrevista ante cualquier integrante del equipo de salud en torno a abuso físico, sexual o emocional o si existe una sospecha manifiesta de algún tipo de abuso.
- d. Los límites de la confidencialidad son obligados en algunos países y en variadas ocasiones según las regulaciones de cada zona, el facultativo que oculta tal información puede incluso hasta perder su licencia profesional, dado que implica perpetuar un delito como es el de la violencia familiar.
- e. Los padres también tienen los mismos derechos a la confidencialidad con respecto a sus vidas personales y a detalles de sus interrelaciones personales, sin embargo, los mismos límites de la confidencialidad se aplican a ellos.

- *Guías Generales para la Entrevista*

- a. El paciente y sus padres deben ser entrevistados tanto individual como a nivel familiar. En variadas ocasiones, es preferible la entrevista del (la) adolescente a solas, donde puede sentirse con mayor libertad para hablar cosas que no las haría delante de figuras

parentales o ante el resto de sus hermanos. De otro lado, la entrevista en familia, puede generar que el comentario de un miembro puede estimular la participación de otro. Por lo tanto, ambas aproximaciones en variadas ocasiones van a ser complementarias.

- b. Durante el transcurso de las entrevistas, es necesario tener en cuenta que se deben repetir las preguntas varias veces. Estas pueden ser parafraseando o indagando de diversas modalidades, con la finalidad de suscitar diversas respuestas, o ampliar la información vertida, sea con información crítica o detalles importantes acerca de cómo los diversos miembros de la familia perciben el problema desde diversos ángulos. A su vez, es importante recordar que conforme se desarrolla una mejora en la alianza terapéutica, los miembros de la familia van a estar en una mejor disposición para verter información más confidencial y pueden dar detalles más a profundidad de algún tema en particular.
- c. Es importante tener en cuenta que, al principio se pueden asumir posiciones de un lado muy inocente como “yo no sé porque estoy aquí, yo nunca he usado drogas” o de otro lado muy negativista o agresivas como “yo no quiero estar aquí y Ud. no me puede obligar a hablar...” Tales posiciones, sólo reflejan una tendencia a la actitud defensiva y de autoprotección. En este sentido, es importante puntualizar que en aquellas ocasiones donde el adolescente se muestra negativista, o en su defecto niega todo consumo y a su vez el consumo de drogas ilegales, la entrevista con la familia en una primera instancia a solas va a ser de suma utilidad para obtener los datos adversos más resaltantes y obtener información sobre consumos descontrolados en fechas recientes. Ya hablando a solas con el (la) adolescente esta información puede ser utilizada con la finalidad de empezar a resquebrajar la negación y siempre haciendo notar al (la) adolescente que la finalidad de todos ellos es poder asistir al joven en su salida de un consumo y no para obtener castigos o represalias por lo cometido.

## **Características de la entrevista que van a incrementar su efectividad**

- a. Una disposición incondicional positiva de respeto, comprensión y preocupación genuina tanto con el paciente como con su familia, salvaguardando todo el tiempo la dignidad y consideración por su problemática personal o familiar.
- b. Una actitud de aceptación sin posiciones moralistas o de enjuiciamiento. Aun cuando el consumo de drogas constituye una condición de salud mental severa, actitudes degradantes, de humillación o de inducción de culpa o de estigma deben evitarse y constituyen trasgresiones a la ética.
- c. Una actitud de confianza genuina implica una actitud de apertura por parte del evaluador(a) con una disposición de calidez, comprensión y especialmente empatía por lo que el paciente está viviendo. Del mismo modo, la actitud de comprensión implica el uso adecuado del lenguaje no técnico y totalmente comprensivo para el paciente y su familia.
- d. En cuanto a la empatía, esta difiere de la simpatía. De un lado, la empatía implica que el (la) entrevistador(a) trata de entender la experiencia del paciente colocándose en su lugar y tratando de visualizar el punto de vista del paciente. La simpatía es un sentimiento de sentir pena por otra persona y lo que el paciente necesita es que el entrevistador sepa comprender su situación actual de vida.
- e. En cuanto a la competencia y el profesionalismo, tanto el paciente como su familia van a estar en una mejor disposición de brindar información si observan a un entrevistador seguro de sí mismo, que genere confianza y profesionalismo en el manejo de la información. Si el paciente o la familia detectan que éste se muestra algo renuente o incómodo al discutir ciertos tópicos, por lo general ello va a generar un retraimiento por parte del paciente/familia y pueden asumir una actitud de dar sólo aquella información

que su interlocutor desea escuchar. Tal situación por lo general se debe a problemas personales en el entrevistador, que son transferidos a la entrevista y que en el argot especializado se denomina la “contratransferencia”, la cual debe ser claramente identificada por el entrevistador para saber discriminar entre su problemática personal o “sensible” y la problemática del paciente. Para esas situaciones la consulta con otro(a) colega puede ser muy beneficiosa para afrontar adecuadamente problemas de esta naturaleza.

### **Entrevista del niño o adolescente**

Los niños y adolescentes que abusan de sustancias usualmente lo hacen como una manera de enfrentar el dolor emocional. Este dolor emocional con frecuencia se debe a problemas familiares de larga data, los cuales pueden incluir abuso de sustancias en uno o ambos padres. Para poder sobrevivir a tales problemas familiares, los niños inconscientemente adoptan maneras de relacionarse con otros miembros de la familia, los cuales ayudan a aliviar el stress en la familia. Un propósito clave de la entrevista es identificar los roles que los niños juegan en sus familias, cómo se sienten con ellos mimos, y la calidad de sus relaciones con sus pares, Dios o un poder superior.

- Preguntas clave para la entrevista sobre las relaciones padres - hijos

### **Amistades y relaciones con los pares**

- a. Si a ti te agrada alguien de tu misma edad y sexo, y quisieras tener a esta persona como amigo, ¿por qué él o ella aceptaría ser tu amigo?
- b. Si a ti te agrada alguien de la misma edad, pero del sexo opuesto, y quisieras tener una cita con esa persona, ¿por qué esta persona querría salir contigo?
- c. Si estuvieras pasando tiempo con un amigo o saliendo a una cita, ¿qué tipo de actividades te gustaría hacer más?

### **Una “evaluación espiritual” para identificar qué beneficios espirituales o recursos están siendo un sostén o soporte a la vida del niño**

- a. ¿Vas a la iglesia? es con frecuencia una manera no amenazante de acercarse al sujeto
- b. Si vas a la iglesia, ¿cuán significativo es esto para ti?
- c. Cuando piensas en Dios, ¿cómo te imaginas que sea?
- d. ¿Qué piensas tú acerca de lo que Dios siente por ti y por tu familia?
- e. ¿Rezas? Si rezas, ¿Por qué lo haces?
- f. Algunas veces las personas se sienten frustradas o molestas con Dios por cosas que pasan en sus vidas, ¿Te ha pasado esto alguna vez?
- g. ¿Cómo han sido tus pensamientos y sentimientos hacia Dios? y ¿la relación con Dios ha cambiado conforme has crecido?

### **Preguntas acerca de la creencia en el diablo, o relación con rituales o sectas satánicas.**

La gente joven que se involucra en sectas satánicas con frecuencia está experimentando una alienación patológica de los valores “pro-sociales” y puede necesitar tratamiento especial de largo plazo.

- a. ¿Alguna vez has escuchado de sectas satánicas o demoníacas? Cuéntame qué sabes acerca de esto
- b. ¿En qué medida tú o tus amigos o familia se ha visto involucrada en esto?

### **Preguntas con relación a un posible abuso físico o sexual**

- a. ¿Alguna vez alguien te ha tocado en algunas partes de tu cuerpo o hecho algo que piensas está mal o te ha hecho sentir incómodo? es una pregunta que debe ser hecha a adolescentes de ambos sexos.

- b. Aunque haya una negación vaga a esta pregunta debe buscarse una respuesta. Los niños y adolescentes pueden sentirse avergonzados o temerosos de revelar un abuso y rechazar la identificación del perpetrador que puede ser conocido y amado por ellos (no es raro que el perpetrador sea un miembro de la familia y por lo tanto el niño tenga sentimientos ambivalentes acerca del abuso y del abusador).
- c. Una respuesta positiva debe ser seguida con preguntas para determinar (1) cuándo fue el abuso (2) quién perpetró el abuso (3) qué sucedió exactamente durante el abuso y (4) si la persona continúa relacionándose con el niño o tiene acceso a él de alguna manera.
- d. Si se identifica una historia de abuso, debe ser reportada a las autoridades si el niño es menor, o si el perpetrador continúa teniendo contacto con el niño (padres, abuelos, cuidadoras, profesor, religioso).

### **Historia de suicidio u homicidio**

- a. ¿Alguna vez has tratado de matarte o dañarte a ti mismo?
- b. Si la respuesta es “sí”, tratar de identificar detalles tales como cuándo fue el intento, el método usado, y las consecuencias (hospitalización, nada sucedió).
- c. ¿Has pensado alguna vez en el suicidio? ¿Planificaste cómo lo harías?
- d. ¿Tienes deseos suicidas hoy? ¿Deseas estar muerto? Si la respuesta es «sí», se debe preguntar el grado de intención, la presencia de un plan y los medios para llevar a cabo el plan, la presencia de una nota suicida.
- e. ¿Has pensado alguna vez dañar a alguien más? Explorar como la pregunta anterior.
- f. En situaciones de intento suicida u homicida hay un deber de advertir a la familia, la policía, y/o la víctima misma.

## **Presencia de secretos de familia o secretos personales**

- a. Los secretos son cosas que una persona joven difícilmente discutirá debido a los sentimientos de vergüenza o culpa.
- b. La exploración de “secretos” es importante debido a que estos secretos pueden ser la fuente de dolor del niño o adolescente que está buscando escapar de ellos usando drogas.
- c. Algunos secretos personales comunes incluyen ser sexualmente activo, haber tenido un aborto, violación, relaciones homosexuales o experimentar conductas homosexuales, fumar, o haber hecho cosas bajo la influencia de alcohol o drogas que el niño o adolescente normalmente no lo hubiera hecho.
- d. Los secretos familiares comunes incluyen cosas tales como que uno o ambos padres mantengan relaciones extramaritales, abuso de sustancias de uno o ambos padres, violencia doméstica, divorcio, adopción, miembros de la familia homosexuales, o que se engañe en los impuestos.
- e. Los secretos necesitan ser revelados durante el tratamiento de manera tal que el adolescente pueda expresar los sentimientos asociados con estos secretos, los cuales son dolorosos, y eventualmente aprender habilidades de afrontamiento no químicas para manejar el dolor de sus secretos.
- f. Dar al adolescente la oportunidad de hablar acerca de los secretos no “le pondrá ideas en su cabeza”. Más bien, le da la oportunidad de hablar acerca de sus preocupaciones, darles el permiso para hacerlo y reconocer que ellos pueden tener preocupaciones que son difíciles de discutir.
- g. Indagar en un primer momento lo relacionado a los “secretos” puede no evocar una respuesta honesta, o puede llevar a una revelación parcial. Conforme se desarrolla una mejor relación, agente de salud y adolescente (el *rapport*), la revelación puede ser mayor.

### **Explorar el uso de drogas o alcohol en los padres**

- a. ¿Alguien en tu familia bebe o usa drogas?
- b. ¿Cómo te sientes cuando sabes que tus padres han estado bebiendo?
- c. ¿Alguna vez alguien de tu familia les ha dicho que beben o usan drogas demasiado?
- d. ¿Alguna vez ellos han tratado de dejar la droga o uso de alcohol?
- e. ¿Alguna vez alguien de tu familia ha asistido a un grupo de autoayuda o apoyo u organización tal como Alcohólicos Anónimos?
- f. ¿Alguna vez alguien en la familia ha estado en tratamiento por drogas o alcohol, a veces llamado «desintoxicación» o «rehabilitación»?

### **Preguntas relacionadas a otras conductas de riesgo**

- a. Un niño o adolescente que ha sido identificado como alguien que presenta una conducta de riesgo, tal como abuso de sustancias, es muy probable que esté involucrado en otras conductas de riesgo tal como tener parejas sexuales múltiples.
- b. Preguntar directamente con frecuencia funciona mejor, y también “da permiso” para ser más honesto en lugar de mostrar conductas defensivas o de negación.
- c. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido el año pasado?
- d. ¿Alguna vez te has prostituido por dinero o por drogas?
- e. ¿Alguna vez has tenido sexo por drogas? ¿Has notado si el tener sexo te lleva al consumo de droga(s)?
- f. ¿Alguna vez has tenido sexo con alguien que tú no conocías?
- g. ¿Has tenido sexo con alguien quien podría estar usando, o que piensas ha usado drogas intravenosas?



- h. ¿Cuándo tienes sexo, usas alguna forma de protección para el control de enfermedades o de embarazo (tal como el condón)? ¿Con qué frecuencia usas protección?
- i. ¿Alguna vez te has hecho pruebas de sangre por infección de HIV? ¿Cuándo fue la prueba más reciente?

Dependiendo de las respuestas a estas preguntas, la prueba de HIV puede ser considerada. Si el paciente usa drogas que se auto inyectan, entonces la prueba de HIV debe ser hecha.

### **Cuatro roles familiares comunes típicamente asumidos por el niño(a)/adolescente en un sistema familiar que abusa de sustancias**

- a. Niño(a)/adolescente perdido. Este es el niño que está frecuentemente aislado, retraído, tranquilo, solitario. El niño busca permanecer invisible para escapar a la ira de los padres y evitar causar problemas.
- b. Niño(a)/adolescente héroe. Este es el niño que hace todo bien, obtiene buenas notas, participa en muchas actividades, y en general, hace lucir bien a la familia. El trabajo del niño es “salvar” a la familia.
- c. Niño(a)/adolescente mascota. El “payaso de la familia” mantiene la atmósfera alegre en el hogar. Si surge una discusión, la “mascota” entra en acción, haciendo reír a todos y olvidarse de sus problemas.
- d. Niño(a)/adolescente chivo expiatorio. Este es el niño que es identificado como el problema, sobre quien reposan todos los problemas de la familia. La atención de los padres está centrada en el “niño malo”, de tal forma que evitan la evaluación y confrontación de sus propios problemas interpersonales.

## **Preguntas acerca de los roles familiares**

En muchas familias las personas toman ciertos roles o “funciones” que ayudan a mantener el movimiento de la familia. Alguno de estos roles son como los señalados desde arriba ¿Quién tiene estos roles en tu familia? (01) ¿Quién realmente toma las grandes decisiones en tu familia? (02) ¿Qué sucede si otra persona está en desacuerdo con la decisión? (03) ¿A quién acudes por ayuda y consejo si tú realmente tienes un serio problema? (04) ¿Quién se encarga de alguien que está enfermo? ¿Quién decide cuándo es tiempo de ir al doctor? ¿Quién lleva a un niño enfermo al doctor? (05) ¿A quién das información si tú quieres que las “noticias” sean propagadas a todos? (06) ¿A quién le contarías un gran secreto que no quieres que nadie lo sepa? (07) ¿Quién decide cuánto dinero se gasta?

## **Entrevista a la Familia**

Conocer la historia familiar y el contexto familiar en el cual el adolescente ha crecido y vive nos proporcionará claves importantes sobre el origen de la conducta de abuso de sustancia y puede dirigir de manera más apropiada el futuro plan de tratamiento.

Guía específica general para la entrevista familiar:

- a. Si los hermanos se encuentran disponibles es importante incluirlos en la entrevista. Con frecuencia ellos tienen más conocimiento de lo que está pasando en la vida del paciente que los padres.
- b. Acudir a la autoridad natural de los padres para solicitarles su permiso para el ingreso primero. Sin embargo, si uno de los padres se muestra resistente a la idea de la intervención o participación de la familia, puede ser útil empezar a conocer las opiniones o sentimientos de esa persona. Tal estrategia puede servir para engancharlos dentro del proceso, demostrándoles que sus con-

tribuciones son valiosas y reconocerles la importancia de ellos en el proceso.

- c. Permitir a cada persona que tenga la oportunidad de expresar sus perspectivas sobre la situación, inclusive el menor de los hermanos, abuelos que vivan en casa con la familia, o niñeras o cuidadoras. Cada uno tiene una visión única de las dinámicas de la familia que debe ser compartida.
- d. La opinión o punto de vista que cada persona tenga de lo que está sucediendo en la familia es igualmente importante.

### **Preguntas clave para incluir en la entrevista familiar**

a. Preguntas acerca de la historia familiar

(1) ¿Cuánto tiempo tienen viviendo juntos los padres? ¿Cómo se conocieron y decidieron formar juntos una pareja? (2) ¿Cuáles son las ocupaciones de los padres, edades, y niveles de educación? (3) ¿Cuándo nacieron sus hijos? ¿Cuáles son las edades actuales, actividades y otros datos de todos los hijos e hijastros? (4) Información acerca de la familia de origen de cada padre: edad y estado de salud de los abuelos, de los hijos, tíos, tías y primos. (5) Historia de uso de sustancias (drogas, alcohol, incluyendo drogas prescritas) entre cualquiera de los parientes, o de enfermedad debido al uso crónico de sustancias (tal como cirrosis). (6) ¿Alguien de la familia usa sustancias “más de lo normal”? ¿Se le ha sugerido a alguien asistir a un grupo de autoayuda como AA o Al Anon? (7) Historia de cambios significativos en la familia (mudanza o migración, nacimientos, muertes, (incluyendo la muerte de mascotas, amigos, parientes), divorcio o volver a casarse. (8) ¿Cómo se ajustaron a estos cambios los miembros de la familia?

b. Preguntas acerca del hijo que usa drogas

(1) ¿Cuándo los miembros de la familia notaron un problema o cambio en la conducta que los llevara a sospechar de abuso de sustancias?

(2) ¿Se reportó algún problema de conducta en la escuela? (3) ¿Cuál ha sido el patrón de conducta en los años escolares de su hijo? (4) ¿Ha presentado el niño conductas inadecuadas? ¿Ha mostrado conductas de fuga del hogar, robo o mentiras? (5) ¿Cuál es la naturaleza de las relaciones del niño con sus pares? ¿Puede hacer y mantener amigos? ¿Qué piensan los otros miembros de la familia acerca de los amigos del niño? (6) ¿Qué saben los padres acerca de los amigos del niño? (7) ¿Ha habido algún cambio notable en la personalidad (tal como más agresivo, hiperactivo, inquieto, nervioso, desmotivado, deprimido)? (8) ¿Su hijo fuma cigarrillos? ¿Marihuana? (9) ¿Alguno de los amigos de su hijo usa drogas o alcohol?

### **Preguntas acerca de los padres**

(1) ¿Cuál es la calidad de la relación entre los padres? ¿Hay tensión en la casa? (Esta pregunta debería ser hecha tanto en el grupo familiar como separadamente de los padres) (2) ¿Cuál es la incidencia y naturaleza de la violencia familiar? (3) En casos donde hay padrastros, ¿el hijo visita al padre biológico? ¿Cuál es la naturaleza de la relación del padre con el hijo? ¿Cuál es la naturaleza de la visita del hijo al padre; qué hacen cuando están juntos? (4) ¿Actualmente alguno de los padres bebe mucho o usa drogas (incluyendo medicamentos de prescripción)? ¿Han consumido en el pasado? ¿Alguno de los padres ha participado alguna vez de un grupo de autoayuda tal como AA o NA? ¿Alguna vez han tratado de dejar de consumir o disminuir la cantidad de droga o licor que consumen? (Esta información se debería obtener de la familia y de los padres en una reunión privada) (5) ¿Cuál es la participación de la familia dentro de la comunidad mayor (iglesia y grupos civiles, ligas menores, grupo scout, etc.) (6) ¿Con qué frecuencia asisten a la iglesia u otros servicios religiosos? ¿Cuán satisfactoria encuentran su experiencia de afiliación religiosa?

## **Patrones de interacción familiar que contribuyen al abuso de sustancia**

El entrevistador debe tener en mente que los siguientes factores pueden estar presentes en la familia o tener un impacto negativo en el abuso de sustancias del niño como miembro de la familia.

### **a. Auto diferenciación inadecuada de los miembros de la familia**

(1) Personas que son pobremente diferenciadas tienen sus acciones guiadas por emociones y las reacciones de otros, más que por sus propios pensamientos racionales, valores personales o decisiones. Los individuos quienes son pobremente diferenciados pueden usar sustancias para enfrentar el dolor emocional que proviene de la desaprobación percibida de otros. (2) Los niños y adolescentes, en virtud a su edad y nivel de desarrollo, son, con frecuencia, pobremente diferenciados de sus padres. (3) En familias que abusan de sustancias, los adultos en el sistema, con frecuencia, son también pobremente diferenciados de sus propias familias de origen y de cada uno de ellos.

### **b. Presencia de triángulos**

(1) Bajo estrés, un sistema emocional de dos personas (tal como del esposo y esposa), incluirá dentro del sistema a una tercera persona (tal como un adolescente que está acostumbrado a jugar el rol de “chivo expiatorio”) para disminuir la intensidad de estrés y ansiedad y obtener mayor estabilidad. (2) Cuando un niño ingresa al sistema para formar un ángulo estable, una de dos cosas puede pasar: o ambos padres pueden dirigir sus emociones hacia el hijo “chivo expiatorio” (llegando a criticar o molestar con el niño), en lugar de dirigir sus emociones sobre el esposo, o de otro lado, una variante del triángulo, el niño ha aprendido de la experiencia que al mostrar una conducta particular (tal como abusar de drogas), entonces los padres dejarán de atacarse pues su atención se dirige al problema del niño. (3) Si la presencia de triángulos no es identificada por el entrevistador, el pe-

ligro es que los problemas de los padres y la familia pueda ser pasada por alto, y el niño sería identificado como “el problema”.

### **c. Presencia de los procesos de transmisión multi-generacional**

(1) En la historia natural de la unidad de la familia, se piensa que un individuo se casará con otra persona que se aproxima a su propio desarrollo emocional. Así, los individuos que son pobremente diferenciados y altamente gobernados por sus emociones es muy probable que se casen con otros que tienen dificultades similares. (2) Padres con problemas que sirven como modelos de rol de afrontamiento desajustados para sus hijos. (3) El uso de sustancias como un medio de afrontar el estrés puede ser repetido en generaciones posteriores.

### **Participación de la familia**

Las familias sirven como el contexto en el cual las conductas de adicción a sustancias existen, y es dentro del contexto familiar que debe darse el tratamiento. Debido a que los niños son dependientes de su familia por el cuidado físico y soporte, ellos no pueden ser tratados aisladamente. La familia debe ser parte del proceso en su totalidad.

### **¿Cuándo remitir a un paciente?**

Estas remisiones se pueden hacer a instituciones de nivel tres con unidad de salud mental o psiquiatría, o a los profesionales del municipio como psiquiatras y psicólogos (as); si es una urgencia enviar directamente a nivel 3. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para valorar la necesidad de una remisión. En tal forma, se requiere remisión cuando:

- Cuando no hay antecedente de enfermedad mental o trastorno orgánico.

- Cuando el cuadro psicótico comprometa su vida o la de otros familiares.
- Cuando se presenta agresión o amenazas a terceros.
- Cuando el intento suicida sea contundente o violento (es decir, intentos suicidas con armas de fuego, corto- punzantes de alto impacto o con plaguicidas con dosis mayores al promedio, saltos de altura, intentos de ahorcamiento o ahogamiento).
- Cuando el intento tenga una característica tan bizarra que haga pensar que el paciente puede estar psicótico (consumo sustancias extrañas: vidrio molido, piedras, pedazos de sustancias cortantes, aplicación de aire o sustancias bajo la piel).
- Cuando la red de apoyo sea insuficiente y amerite cuidado especial.
- Cuando haya evidencia de trauma psicológico o agresiones por terceros como razón del intento.
- Cuando un paciente presente ideación suicida persistente.
- Cuando un paciente ha sido agredido por los familiares o cercanos.
- En menores de 14 años, por protección.

### **Cuestionarios de ayuda para identificación de signos o déficits**

En esta sección, encontrará una colección de cuestionarios y protocolos que pretenden ser de utilidad al momento de recibir un paciente con signos de enfermedad mental o de estar afectado por alguna problemática psicosocial. El objetivo de esta colección, es brindar un conjunto de herramientas al profesional de la salud que contribuyan a construir un perfil del paciente que acude al servicio de atención primaria por alguna de las situaciones mencionadas previamente, así como brindar al profesional en salud elementos que le permitan en un momento orientar una posible impresión diagnóstica o determinar el posible riesgo suicida de un paciente o el estado de las funciones cognitivas de este.

Es necesario resaltar la relevancia de contar con instrumentos estandarizados y diseñados para la detección de determinados déficits o síntomas en el contexto de APS. Por su practicidad, el uso de escalas puede ahorrar tiempo y por su confiabilidad y validez teórica pueden ayudar en la toma de decisiones o en el reconocimiento de signos patológicos de relevancia. En este sentido, existen diferentes tipos de cuestionarios o escalas que se han recomendado para usarse en APS (Tejada et al. 2014). En esta colección nos hemos enfocado en escalas o cuestionarios de fácil y corta duración durante su aplicación, dadas las limitaciones de tiempo y recursos que pueden suscitarse en APS. Estas escalas están compuestas en su mayoría por preguntas con opciones de respuesta múltiple que permiten estimar la incidencia de una serie de rasgos dentro de una categoría. Su efectividad se basa en su adecuada selección para su uso teniendo en cuenta las características de la población o el sujeto a quien pretenda aplicarse.

De tal forma, el siguiente apartado de este documento se organiza de la siguiente manera:

1. Cuestionario de riesgo suicida de Plutchick (Plutchik y Van Praag, 1989)
2. Mini Prueba del Estado Mental (Folstein y McHugh, 1975)
3. Inventario de depresión de Beck (Beck y col. 1961; Beck, Steer y Garbin, 1988).
4. Cuestionario de Ansiedad Generalizada (Argyropoulos et al., 2007).
5. Test de Alteración de Memoria (Rami y Col., 2007).
6. Escala depresión Geriátrica Yesavage (Sheikh y Yesavage, 1986).
7. Cuestionario de Salud general GHQ-12 (Ruiz, García-Beltrán, & Suárez-Falcon, 2017). Modelo para la historia clínica Psiquiátrica.



## 1) Cuestionario de riesgo Suicida de Plutchick

La escala de riesgo suicida de Plutchick (Plutchik y Van Praag, 1989) es un instrumento proveniente de la psiquiatría, diseñado en 1989 con objeto de discriminar personas susceptibles de cometer un acto suicida de aquellos que no. Pese a haber trascendido más de 20 años de su publicación, es ampliamente reconocida por su efectividad en la estimación del riesgo suicida y su simpleza de diseño y aplicación. La escala está conformada por 15 ítems con opciones de respuesta Si y No. Donde cada respuesta afirmativa suma un punto, obteniéndose un resultado final a partir de la suma de dichas respuestas afirmativas. El objetivo de la escala es poder discriminar entre sujetos con ideación o riesgo suicida y sujetos fuera de riesgo.

- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?
- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
- ¿A veces notas que podrías perder el control sobre ti mismo/a?
- ¿Tienes poco interés en relacionarte con la gente?
- ¿Ves tu futuro con más pesimismo que optimismo?
- ¿Te has sentido alguna vez inútil o inservible?
- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
- ¿Te has sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo querías meterte en la cama y abandonarlo todo?
- ¿Te sientes triste o deprimido ahora?
- ¿Tienes pareja actualmente?
- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse o atentado contra su vida alguna vez?
- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?
- ¿Has pensado alguna vez en atentar contra tu vida o suicidarte?
- ¿Le has comentado a alguien, en alguna ocasión, que querías suicidarte?
- ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?

## 2) Mini Prueba del Estado Mental (MMSE)

La mini prueba de estado mental es un método ampliamente utilizado en el contexto hospitalario para en primera instancia detectar el deterioro cognitivo. Propuesta en 1975 por Folstein y colaboradores (Folstein y McHugh, 1975), esta prueba tiene popularidad en el ámbito clínico, dado que permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes. Aunque es generalmente usada en personas mayores, es una prueba breve y versátil susceptible de aplicarse a un amplio espectro de la población. La prueba tiene un tiempo aproximado de aplicación de entre cinco y diez minutos y el objetivo es determinar si un paciente tiene indicio de deterioro evidente en sus funciones cognitivas. Consta de once preguntas relacionadas con cinco funciones cognitivas superiores como orientación, lenguaje, atención, cálculo, memoria y retención. Un resultado por arriba de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los 24 sugiere algún nivel de deterioro cognitivo que deberá especificarse con alguna prueba más elaborada.

### Orientación temporal

¿En qué año estamos? ¿En qué estación? ¿En qué día (fecha)? ¿En qué mes? ¿En qué día de la semana?

(Puntaje de 0 o 1 para cada respuesta, máximo total 5).

### Orientación Espacial

¿En qué hospital (o lugar) estamos? ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? ¿En qué pueblo (ciudad)? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país (o nación, autonomía)?

(Puntaje de 0 o 1 para cada respuesta, máximo total 5).

### Fijación- Memoria

Nombre tres palabras radio-caballo-manzana (o balón- bandera-árbol) a razón de una por segundo. Luego se pide al paciente que las

repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue un punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las tres, hasta un máximo de seis veces.

Radio 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1  
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

#### Cálculo

Si tiene 30 pesos y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras cinco sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. (Máximo cinco puntos, uno por cada sustracción bien hecha, o por la palabra correctamente deletreada).

#### Recuerdo-Memoria

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.

Radio 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1  
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

Puntaje máximo de tres, uno por cada respuesta exitosa.

#### Lenguaje

Denominación: Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera u otro objeto disponible. Lápiz 0-1 Reloj (u objeto) máximo un punto.

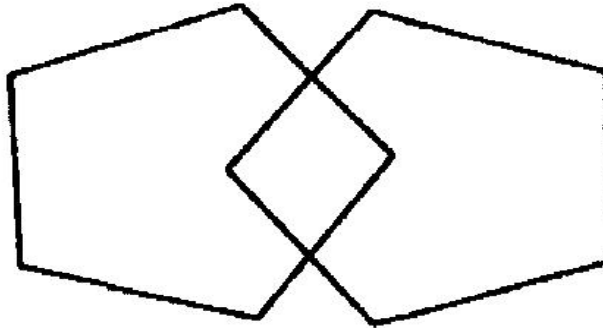
Repetición: Pedirle que repita la frase: “ni sí, ni no, ni pero” (o “En un trigal había cinco perros”) máximo un punto.

Órdenes: Pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo”. Coja con mano. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 máximo 3 puntos.

Lectura: Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1.

Escritura: Que escriba una frase (ej. El perro iba caminando por la calle) 0-1.

**Copia.** Dibuje 2 pentágonos interceptados (véase figura) y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.



Puntuación total de la prueba 30 puntos, puntuación debajo de 25 sugiere algún nivel de déficit cognitivo.

### **3) Inventario de Depresión de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck (Beck y col. 1961; Beck, Steer y Garbin, 1988) introducido por el psicólogo norteamericano Aarón T Beck y su equipo es un test clásico en la psicología. Este cuestionario puede ser administrado por un evaluador o auto administrado. Consta de un total de 21 preguntas con múltiple respuesta. Este es un instrumento usado para estimar el grado de severidad de una depresión.

En términos generales, el cuestionario está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos y su intensidad, como la desesperanza e irritabilidad, sentimientos de culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga fácil, pérdida de peso y deseo sexual).

Al momento de aplicárselo al paciente usted puede leérselo o facilitarle una copia, debe darle una consigna como “Esto es un cuestiona-

rio; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la última semana incluyendo hoy”.

Una vez completado el cuestionario, se suman los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el total. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63. Como la puntuación más baja de cada pregunta es cero, la puntuación más baja posible, será cero. La siguiente tabla pretende servir de guía para interpretar el resultado final.

### **1. Tristeza.**

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
4. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### **2. Pesimismo**

1. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
2. Me siento desanimado de cara al futuro.
3. Siento que no hay nada por lo que luchar.
4. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### **3. Sensación de fracaso**

1. No me siento fracasado.
2. He fracasado más que la mayoría de las personas.
3. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

### **4. Insatisfacción**

1. Soy un fracaso total como persona.
2. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
3. No disfruto de las cosas tanto como antes.

4. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
5. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### **5. Culpa**

1. No me siento especialmente culpable.
2. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
3. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
4. Me siento culpable constantemente.

### **6. Expectativas de castigo**

1. No creo que esté siendo castigado.
2. Siento que quizás esté siendo castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Auto desprecio**

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

### **8. Autoacusación**

1. No me considero peor que cualquier otro.
2. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
3. Continuamente me culpo por mis faltas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9. Idea suicidas**

1. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
2. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
3. Desearía poner fin a mi vida.
4. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

### **10. Episodios de llanto**

1. No lloro más de lo normal.
2. Ahora lloro más que antes.
3. Lloro continuamente.
4. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

### **11. Irritabilidad**

1. No estoy especialmente irritado.
2. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
3. Me siento irritado continuamente.
4. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

### **12. Retirada social**

1. No he perdido el interés por los demás.
2. Estoy menos interesado en los demás que antes.
3. He perdido gran parte del interés por los demás.
4. He perdido todo interés por los demás.

### **13. Indecisión**

1. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
2. Evito tomar decisiones más que antes.
3. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
4. Me es imposible tomar decisiones.

### **14. Cambios en la imagen corporal.**

1. No creo tener peor aspecto que antes
2. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
3. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
4. Creo que tengo un aspecto horrible.

### **15. Enlentecimiento**

1. Trabajo igual que antes.
2. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
3. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
4. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

### **16. Insomnio**

1. Duermo tan bien como siempre.
2. No duermo tan bien como antes.
3. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
4. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

### **17. Fatigabilidad**

1. No me siento más cansado de lo normal.
2. Me canso más que antes.
3. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
4. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

### **18. Pérdida de apetito**

1. Mi apetito no ha disminuido.
2. No tengo tan buen apetito como antes.
3. Ahora tengo mucho menos apetito.
4. he perdido completamente el apetito.

### **19. Pérdida de peso**

1. No he perdido peso últimamente.
2. He perdido más de dos kilos.
3. He perdido más de cuatro kilos.
4. He perdido más de siete kilos.



## 20. Preocupaciones somáticas

1. No estoy preocupado por mi salud
2. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
3. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
4. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

## 21. Bajo nivel de energía

1. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
2. La relación sexual me atrae menos que antes.
3. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
4. He perdido totalmente el interés sexual.

**Tabla 1.** Interpretación del puntaje en el inventario de depresión de Beck.

<b>Puntuación total del cuestionario 21 ítems</b>	<b>Niveles de Depresión</b>
1-10	Los altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitente
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión mayor

Fuente: Beck, Steer y Garbin, 1988

Tenga en cuenta que, este cuestionario es solo una guía que pretende ayudarle a estimar el nivel de depresión de un paciente y no una herramienta diagnóstica, de ser alto o muy alto el puntaje obtenido por un sujeto, esto indica que el paciente requiere una evaluación especializada (psiquiatría o psicología) para determinar si efectivamente padece un trastorno de ansiedad y cuál será su tratamiento.

#### **4) Cuestionario de Ansiedad Generalizada**

El cuestionario de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder Inventory GADI) (Argyropoulos et al., 2007) es una herramienta útil para evaluar y determinar el nivel de ansiedad que puede presentar un paciente. Es una herramienta susceptible de administrarse oralmente o también puede ser auto administrada facilitándosele una copia al paciente. Está compuesto de 22 preguntas con múltiple respuesta. Cada respuesta cuenta con valor entre cero y cuatro puntos Para obtener el resultado final se debe sumar el puntaje obtenido en cada uno de los ítems.

Al dirigirse al paciente con este cuestionario debe indicársele mediante una consigna como la siguiente “A continuación vamos a hacer un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la última semana incluyendo hoy, por favor trate de responder con la mayor sinceridad posible”.

##### **1. Estoy ansioso/a la mayoría de los días**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**2. Me canso fácilmente**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**3. Me preocupo por los acontecimientos cotidianos**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Mucho (3 puntos)
- d. Extremadamente (4 puntos)

**4. Encuentro dificultad para relajarme**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**5. Me siento «al límite»**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**6. Me despierto por la noche**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**7. Experimento sofocos o escalofríos**

- a. En absoluto (0 puntos)

- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**8. Tengo malestar por mi ansiedad**

a. En absoluto	(0 puntos)
b. Un poco	(1 punto)
c. Algo	(2 puntos)
d. Mucho	(3 puntos)
e. Extremadamente	(4 puntos)

**9. Tengo la boca seca**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**10. Temo perder el control, desmayarme o volverme loco/a**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**11. Estoy molesto/a por la inquietud**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**12. Sufro mareos**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**13. Estoy molesto/a por tener temblores y sacudidas**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**14. Tengo dificultad para coger el sueño**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**15. Sufro por la tensión o dolor de los músculos**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**16. Estoy molesto/a por la dificultad con la respiración**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**17. Me asusto fácilmente**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**18. Tengo dificultad para concentrarme**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**19. Tengo dificultad para controlar mi ansiedad**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**20. Estoy molesto/a por hormigueos o insensibilidad en las manos**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

**21. Me preocupo excesivamente**

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

## 22. Estoy irritable

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

La siguiente tabla pretende servir de guía para interpretar el resultado obtenido en la prueba de ansiedad generalizada:

**Tabla 2.** Interpretación del puntaje cuestionario ansiedad generalizada.

<b>Puntuación total del cuestionario 22 ítems</b>	<b>Niveles de Ansiedad</b>
0-22	Los niveles de ansiedad son considerados normales
22-40	Leve incremento del estado de ansiedad
44-66	Nivel de ansiedad elevado
66-88	Nivel de ansiedad muy alto

Fuente: Argyropoulos et al., 2007.

Tenga en cuenta que, este cuestionario es solo una guía que pretende ayudarle a estimar el nivel de ansiedad de un paciente y no una herramienta diagnóstica, de ser alto o muy alto el puntaje obtenido por un sujeto, esto indica que el paciente requiere una evaluación especializada (psiquiatría o psicología) para determinar si efectivamente padece un trastorno de ansiedad y cuál será su tratamiento.

## 5) Test de Alteración de Memoria (T@M)

El test de alteración de memoria (T@M) (Rami et al., 2007) es una herramienta que permite detectar deterioro objetivo en la memoria de acuerdo a la medición de diferentes dominios del proceso de memo-

ria. Este test puede ayudar a determinar si un paciente puede presentar deterioro objetivo del dominio de memoria característico de los trastornos del envejecimiento.

**MEMORIA INMEDIATA** “Intente memorizar estas palabras. Es importante que esté atento/a”. Repita: cereza (R) hacha (R) elefante (R) piano (R) verde (R)

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era?          | 0 - 1 (Si 0, repetirla) |
| 2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era?    | 0 - 1                   |
| 3. Le he dicho un animal, ¿cuál?              | 0 - 1                   |
| 4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? | 0 - 1                   |
| 5. Le he dicho un color, ¿cuál?               | 0 - 1                   |

“Después le pediré que recuerde estas palabras”

“Este atenta/o a estas frases e intente memorizarlas” (máximo dos intentos de repetición): Repita: **TREINTA GATOS GRISES SE COMERON TODOS LOS QUESOS (R)**

6. ¿Cuántos gatos había? 0 - 1;
  7. ¿De qué color eran? 0 - 1;
  8. ¿Qué se comieron? 0 - 1
- (Si 0 decirle la respuesta correcta).

Repita: **UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA (R)**  
(máximo dos intentos):

9. ¿Cómo se llamaba el niño? 0 - 1;
  10. ¿Con qué jugaba? 0 - 1
- (Si 0 decirle la respuesta correcta).

### **MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL**

11. Día semana 0 - 1;
12. Mes 0 - 1;
13. Día de mes 0 - 1;
14. Año 0 - 1;
15. Clima 0 - 1



### MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA

(dos intentos; si error: repetir de nuevo la pregunta)

- |   |     |
|---|-----|
| 16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?  | 0-1 |
| 17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla autos?                              | 0-1 |
| 18. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno?                         | 0-1 |
| 19. ¿Cuál es el último día del año?   | 0-1 |
| 20. ¿Cuántos días tiene un año?   | 0-1 |
| 21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo?                                     | 0-1 |
| 22. ¿Cuál es el octavo mes del año?   | 0-1 |
| 23. ¿Qué día se celebra la Navidad?   | 0-1 |
| 24. Si el reloj marca las 11 en punto,<br>¿en qué número se sitúa la aguja larga? | 0-1 |
| 25. ¿Qué estación del año empieza en abril después del verano?                    | 0-1 |
| 26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana?                             | 0-1 |
| 27. ¿De dónde se obtiene el aguardiente?  | 0-1 |
| 28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate?                               | 0-1 |
| 29. ¿Cuánto es el triple de uno?  | 0-1 |
| 30. ¿Cuántas horas hay en dos días?   | 0-1 |

### MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE

31. De las palabras que dije al principio, ¿cuáles podría recordar?

0-1-2-3-4-5

(esperar la respuesta mínimo 20 segundos)

32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? 0-1-2-3

(un punto por idea: 30 - grises - quesos)

33. ¿Se acuerda de la frase del niño? 0-1-2

(un punto por idea: Luis - bicicleta)

### MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 34. Le dije una fruta, ¿cuál era?   | 0-1 |
| 35. Le dije una herramienta, ¿cuál? | 0-1 |
| 36. Le dije un animal ¿cuál era?    | 0-1 |
| 37. Un instrumento musical, ¿cuál?  | 0-1 |
| 38. Le dije un color, ¿cuál?        | 0-1 |
- ¿Se acuerda de la frase de los gatos?

39. ¿Cuántos gatos había?	0 – 1
40. ¿De qué color eran?	0 – 1
41. ¿Qué comían?	0 – 1
¿Se acuerda de la frase del niño?	
42. ¿Cómo se llamaba?	0 – 1
43. ¿Con qué estaba jugando?	0 – 1

### **Escala de depresión geriátrica Yesavage**

La escala de depresión geriátrica Yesavage fue propuesta en 1982 por Brink y Yesavage. Es una escala orientada a determinar síntomas de depresión e intensidad de los mismos en adultos mayores. La escala en su versión original cuenta con 30 preguntas en formato si o no. Sin embargo, la versión que se presenta a continuación es su versión abreviada (Sheikh y Yesavage, 1986) que cuenta únicamente con 15 preguntas sin perder validez o confiabilidad cercana al 90%.

Esta escala por su practicidad y poco tiempo de aplicación es ideal para usarse en una rápida evaluación en atención primaria, orientándose específicamente su uso para la identificación de síntomas depresivos en el adulto mayor.

Su calificación permite estimar tres rangos, siendo entre cero y cinco puntos un rango sin síntomas depresivos, un rango entre seis y nueve puntos, coincidente con rasgos para depresión leve y un rango arriba de diez puntos coincidente muy probablemente con un cuadro clínico de depresión.

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?

**Sí (0) No (1)**

2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?

**Sí (1) No (0)**

3. ¿Siente que su vida está vacía?

**Sí (1) No (0)**

4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?

**Sí (1) No (0)**

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

**Sí (0) No (1)**

6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?

**Sí (1) No (0)**

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

**Sí (0) No (1)**

8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?

**Sí (1) No (0)**

9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?

**Sí (1) No (0)**

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

**Sí (1) No (0)**

11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?

**Sí (0) No (1)**

12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?

**Sí (1) No (0)**

13. ¿Se siente lleno(a) de energía?

**Sí (0) No (1)**

14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?

**Sí (1) No (0)**

15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

**Sí (1) No (0)**

Total\_\_\_\_\_

### **Cuestionario de salud general GHQ-12**

El Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12; Goldberg & Williams; 1988) es una herramienta sencilla y práctica que se encuentra validada para Colombia (Ruiz, Garcia-Beltran, & Suarez-Falcon, 2017). El GHQ-12 es un cuestionario orientado a realizar un tamizaje clínico de síntomas de ansiedad y depresión presentes en un sujeto en el lapso de las últimas dos semanas. La escala tiene una medición tipo Likert con una calificación entre 0 y 3 por pregunta, y un rango de puntuación global entre 0 y 36. Este rango de puntuación permite establecer niveles de síntomas o afectación psicológica en tres niveles. Un nivel

de afectación o de síntomas clínicos en un rango bajo tiene una puntuación entre 0 y 12, un nivel moderado-bajo de 13 a 18, un nivel moderado alto de 19 a 24 y un nivel alto de 25 a 36. Este tipo de calificación ha demostrado ser más consistente y certera que su calificación por factores y menos susceptible de variabilidad (Urzua, Caqueo-Urizar, Bargsted, & Irarrazaval, 2015)

### **GHQ-12**

Instrucciones: A continuación, le voy a plantear unas preguntas sobre cómo se ha sentido y su estado de salud durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS. Responda o califique señalando el espacio a la izquierda de la pregunta:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

- 0. Mejor que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual.

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.

\_\_\_ 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

\_\_\_ 0. No, en absoluto.

\_\_\_ 1. No más que lo habitual.

\_\_\_ 2. Más que lo habitual.

\_\_\_ 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

\_\_\_ 0. Más feliz que lo habitual.

\_\_\_ 1. Igual que lo habitual.

\_\_\_ 2. Menos feliz que lo habitual.

\_\_\_ 3. Mucho menos feliz que lo habitual

Calificación: deben sumarse las puntuaciones de cada pregunta y así se interpreta el resultado global.

### **Modelo de Historia Clínica Psiquiátrica**

Registrar la información de la atención brindada a un sujeto es importante en varios niveles. En primer lugar, permite llevar un compendio de la atención brindada a un sujeto que va a ser de utilidad para su posterior remisión o atención por parte de otro profesional o institución. En segunda instancia, la historia clínica puede constituir un documento legal que puede ser de utilidad para dar soporte al sujeto ante diferentes instancias. Por lo tanto, es necesario que dicho registro se elabore siguiendo parámetros lo más estandarizados posibles. En tal medida, a continuación, se presenta un modelo de historia clínica para el registro de sujetos con afectación psiquiátrica. Este modelo, sigue los lineamientos estándar para el registro de información en el contexto clínico partiendo de la recolección de datos de identificación del sujeto y recopilando el motivo de consulta, antecedentes, evaluación del estado mental e impresión diagnóstica. Por lo tanto, se adapta a su vez a la linealidad temporal de la atención

básica de un sujeto. De igual forma, es lo suficientemente exhaustiva para contener las dimensiones necesarias que podrían requerirse en otros servicios o instituciones en caso de ser necesaria la remisión del sujeto.

## **HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA**

Lugar de evaluación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### **DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Genero \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

Procedencia \_\_\_\_\_

Residencia (barrio y ciudad) \_\_\_\_\_

Alfabetismo \_\_\_\_\_

Informante \_\_\_\_\_

### **1. MOTIVO DE CONSULTA O EVALUACION (en una frase)**

---

---

---

---

**2. ENFERMEDAD ACTUAL** (o historia de vida en caso de pacientes con patología de nacimiento).

---

---

---

---

**3. ANTECEDENTES PERSONALES**

Patológicos \_\_\_\_\_

Quirúrgicos. \_\_\_\_\_

Tóxicos. \_\_\_\_\_

Traumáticos. \_\_\_\_\_

Convulsiones. \_\_\_\_\_

Intentos suicidas y autolesiones \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones psiquiátricas \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

---

---

**1. ÁRBOL GENEALOGICO (mediante esquema gráfico)**



## **2. FUNCIONALIDAD REPORTADA POR EL PACIENTE Y/O FAMILIAR**

---

---

## **3. EXAMEN PSIQUIÁTRICO**

Descripción general \_\_\_\_\_

Conducta \_\_\_\_\_

Psicomotor \_\_\_\_\_

Afecto predominante \_\_\_\_\_

Pensamiento: \_\_\_\_\_

Curso : \_\_\_\_\_

Contenido: \_\_\_\_\_

Forma: \_\_\_\_\_

Sensopercepcion: \_\_\_\_\_

Sensorio: \_\_\_\_\_

Orientación: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Memoria: \_\_\_\_\_

Cálculo: \_\_\_\_\_

Grafía: \_\_\_\_\_

Praxia : \_\_\_\_\_

Lexia : \_\_\_\_\_

Juicio de realidad: \_\_\_\_\_

Prospectiva: \_\_\_\_\_

## **4. ANÁLISIS DEL CASO (DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD MENTAL)**

## **5. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA (DIAGNÓSTICO SINDROMÁTICO) Y CÓDIGO DIAGNÓSTICO**

---

---

---

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN Y PLAN DE ATENCIÓN**

---

---

### **Referencias**

- Argyropoulos, S. V., Ploubidis, G. B., Wright, T. S., Palm, M. E., Hood, S. D., Nash, J. R., Taylor, A. C., Forshall, S. W., Anderson, I. M., Nutt, D. J., & Potokar, J. P. (2007). Development and validation of the Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI). *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England), 21(2), 145–152. <https://doi.org/10.1177/0269881107069944>.
- Beck, a. t., Ward, c. h., Mendelson, m., Mock, j., & Erbaugh, j. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).

Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose tl. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1: 37-43.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor. UK: NFER-Nelson.

Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 13 Suppl, S23–S34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3).

Rami, L., Molinuevo, J. L., áanchez-Valle, R., Bosch, B., & Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(4), 294–304. <https://doi.org/10.1002/gps.1672>.

Sheikh J. L., Yesavage J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press, 1986, p165.

Urzua, A., Caqueo-Urizar, A., Bargsted, M., & Irrarrazaval, M. (2015). [Does the GHQ-12 scoring system affect its factor structure? An exploratory study of Ibero American students]. *Cad Saude Publica*, 31(6), 1305-1312. doi:10.1590/0102-311X00122913 .

# PROTOCOLOS DE URGENCIAS PARA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Emergency protocols for psychomotor agitation in primary care*

**Iván Alberto Osorio Sabogal**

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

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

**Juan Felipe Martínez Flórez**

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

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

**Marnell Ester Arroyave**

© <https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

Universidad del Valle.

Cali, Colombia.

**Resumen:** En este capítulo se aborda el manejo del paciente con riesgo o con episodio de agitación en el marco de la atención primaria. En primera instancia, se plantea una serie de recomendaciones para el manejo de pacientes con riesgo de agitación psicomotriz y cómo las acciones sugeridas solo pueden desarrollarse bajo la supervisión de personal médico. Se describen detalladamente protocolos para la identificación del riesgo de agitación; los factores personales y con-

## *Cita este capítulo*

Osorio Sabogal, I. A.; Martínez Flórez, J. F.; Ester Arroyave, M. (2022). Protocolos de urgencias para agitación psicomotriz en atención primaria. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 165-197). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

textuales pueden incidir y los protocolos para la prevención y disminución del riesgo. Se incluye, además, pautas y guías para el manejo de los episodios de agitación, que comprenden la valoración médica, las pautas para contención y el uso de medicamentos para la sedación e inmovilización del paciente. Por último, se realizan recomendaciones para el manejo del paciente en contención o sedación y los posibles efectos adversos.

**Palabras clave:** agitación psicomotriz, prevención, identificación del riesgo, valoración médica, sedación, inmovilización.

**Abstract:** This chapter deals with the management of the patient at risk (or with) an episode of agitation in the primary care setting. First, we expose recommendations for the management of patients at risk of psychomotor agitation and the suggested actions that can only be developed under the supervision of medical personnel. Second, protocols for identification of agitation risk are described in detail; personal and contextual factors that may have an impact and protocols for the prevention and reduction of the risk. We also include a guideline for the management of episodes of agitation, including medical assessment, guidelines for restraint and the use of drugs for sedation and immobilization of the patient. Finally, recommendations are made for the management of the patient under restraint or sedation and possible adverse effects.

**Keywords:** psychomotor agitation, prevention, risk identification, medical evaluation, sedation, immobilization.

La agitación psicomotriz no es una enfermedad sino un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas que organizados llevan a un cuadro clínico que no tiene una sola etiología, sino que puede producirse en diferentes entidades nosológicas. Es poco común en la población

general pero frecuente entre las personas con patologías mentales o trastornos de la conducta. Como mencionan García y Bugarín, (2012), la agitación psicomotriz puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico como una situación impredecible, así como en algunos trastornos médicos generales e incluso en personas que previamente no mostraban molestias emocionales pero que repentinamente se encuentran sujetas a situaciones vitales intensas y estresantes.

La agitación psicomotriz se caracteriza por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora que va desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin intención clara, generalmente acompañados de alteraciones de la esfera emocional (Mavrogiorgou y Juckel, 2015). El estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico o colérico. Su desencadenamiento es muchas veces imprevisto y la causa subjetiva casi siempre es poco clara o la respuesta excesiva ante situaciones que pudieron resolverse de otra forma.

Una vez desencadenada, la agitación lleva a agresiones verbales como insultos y amenazas, lesiones físicas no intencionadas e incluso un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, el personal médico y el entorno (heteroagresión).

La agitación precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ella (presión del medio, estado del paciente, temor que genera en los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada. La existencia de un protocolo facilita la actuación del grupo médico y paramédico, aumenta la seguridad del paciente y del personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos de pacientes que, con frecuencia, no quieren o no pueden colaborar (Wheat et al., 2016).

El paciente agitado no debe confundirse con el violento. Éste último, genera un problema de orden y seguridad que, como tal, deberá ser sujeto de intervenciones policivas o judiciales pertinentes, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer.

La violencia ejercida por enfermos mentales fuera del hospital es escasa, equiparable a la de la población general, salvo cuando sufren una descompensación de su enfermedad. Es esta situación la más usual en los servicios de urgencias y en los hospitales psiquiátricos donde los pacientes son atendidos a petición propia o, más frecuentemente, de familiares o de terceros. Debe tener en cuenta que un pequeño grupo de pacientes son responsables de un porcentaje elevado de episodios agresivos.

### **Identificación del riesgo de violencia/agitación**

Más allá del diagnóstico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas, y no en otras. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, no sólo al abordaje específico de cada caso, sino también a la valoración y prevención del riesgo de violencia futura. A continuación, se describe una serie de factores favorecedores que deben tenerse en cuenta, ya que su presencia puede indicar un riesgo más elevado de que se presenten conductas agresivas; estos son:

Factores demográficos: Los pacientes con más riesgo de presentar un episodio agresivo son los varones, jóvenes, con un bajo nivel educativo, problemas económicos y procedentes de ambientes sociofamiliares desestructurados. Las mujeres serían más propensas a la autoagresión.

Factores personales: una historia personal y/o familiar de conductas violentas o disruptivas. Antecedentes de abuso de alcohol y tóxicos. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Mentiras repetidas o rasgos de trastornos de personalidad. Circunstancias vitales estresantes, sobre todo de pérdidas reales o imaginarias.

Factores clínicos: rasgos de personalidad antisocial o limítrofe.

Tienen mayor posibilidad de presentar agitación: psicosis descompensadas con síntomas catatónicos, alucinaciones que les ordenan realizar actos violentos, delirios de ser controlado, preocupaciones con fantasías violentas, irritabilidad, suspicacia u hostilidad. Dentro de este grupo son los pacientes maníacos los que tienen mayor riesgo de violencia si se comparan con el resto de los trastornos mentales, especialmente cuando presentan estados de ánimo disfóricos, en los que pueden pasar con facilidad de extrema amabilidad al enfado.

Trastornos mentales orgánicos: Traumatismos craneoencefálicos, demencias y episodios confusionales, epilepsia, retraso mental, sobre todo si está presente un menor control de los impulsos.

Abuso de sustancias: sobre todo intoxicaciones por alcohol y/o estimulantes, o bien síndromes de abstinencia de sedantes. Poca adherencia al tratamiento.

### **Factores interpersonales o contextuales**

La mitad de los episodios de agitación o agresividad se producen en la primera semana después del ingreso a cualquier servicio.

Es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria. Ingresos en unidades poco confortables, masificadas y con un entorno poco estructurado (ausencia de horarios y normas claras).



Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes. El riesgo aumenta cuando el personal es inexperto y temporal, o el paciente percibe que el trato que recibe es descortés o inoportuno. Un exceso de personal puede también incrementar el riesgo. Existencia de posibles víctimas y disponibilidad inmediata de armas potenciales.

Trato percibido por el paciente como excesivamente intrusivo, frustrante o distante (con evitación del contacto, charla o saludos por parte del personal).

Existen también factores inhibidores de la agresión, cuyo conocimiento puede ayudarnos en la prevención de los episodios de agitación.

Factores personales: capacidad de adaptación. Buenas habilidades sociales y de comunicación.

Factores interpersonales o contextuales: mayor contacto directo planificado con los pacientes. Disponibilidad de actividades sociales alternativas. Personal bien entrenado, con tiempo de dedicación suficiente y con funciones bien definidas. Confortabilidad del espacio físico. Objetivos bien marcados y organización de horarios y actividades clara y predecible.

### **Valoración inicial del riesgo de heteroagresividad/violencia**

La valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido por los profesionales puede ser verificado.

Todo paciente al ingreso al servicio debe ser sujeto de una valoración de su riesgo de agitación, agresividad o autoagresión. Esta evaluación debe incluirse en su historia clínica.

El enfermero de acogida debe ser la persona que hace la evaluación inicial.

Debe anotar en una hoja clínica:

1. El nombre del paciente,
2. Al diagnóstico reportado en la Historia Clínica por el psiquiatra,
3. Los medicamentos que toma el paciente de forma regular (psiquiátricos y no psiquiátricos)
4. Las indicaciones que motivaron la realización del procedimiento de restricción,
5. El tipo de comunicación (telefónica, chat institucional, presencial) con el profesional (psiquiatra o médico general) que dio origen a la restricción física,
6. El tipo de restricción que se aplicó, indicando si fue necesaria la contención mecánica del paciente y de que extremidades,
7. Las personas que intervinieron en el caso,
8. Las observaciones e indicaciones que se hicieron al paciente, incluso si tomó una foto de la persona durante la agitación y después del procedimiento,
9. El tiempo que duró la restricción,
10. La condición del paciente al término del procedimiento, si recibió alimentos o medicamentos, si respira adecuadamente, si sus signos vitales están estables (mejor informar el dato).

### **Intervención ante un paciente agitado**

Los actos agresivos pueden estar precedidos en los días anteriores de un aumento de la actividad en general, motora y verbal y de la presencia de amenazas verbales, aunque la presencia de estos en muchas ocasiones no se sigue de un acto agresivo. Es por esto que nos interesa

conocer los signos prodrómicos (iniciales), una serie de síntomas y signos que nos pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación. Entre otros nos podemos encontrar con:

- Expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado.
- Hiperactividad músculoesquelética, aumento de la inquietud, paseos constantes por la unidad.
- Signos de ansiedad: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas, hipertensión arterial y taquicardia.
- Aislamiento, irritación.
- Mutismo, negativa a comunicarse o bien elevación del tono de voz, uso de lenguaje mal sonante (insultos, amenazas y palabras groseras).
- Alucinaciones de contenido violento.
- Pensamientos extraños, pobre concentración.
- Discusiones con otros residentes o personal. Golpes contra la mesa y otros objetos, u otros gestos agresivos.

Cuando cualquier miembro del personal detecte estos signos en un paciente, debe seguir las pautas generales de actuación.

### **Pautas generales ante el paciente potencialmente agresivo**

Los pacientes agitados o agresivos despiertan emociones intensas en los profesionales: miedo, irritación, malestar; de forma que el temor subjetivo que provocan puede servir de orientación sobre el potencial de violencia del paciente y ayudar a formular un juicio (Mavrogiorgou et al., 2011). Ante la detección de estos signos en cualquier paciente, por parte de algún miembro del personal que en el curso de su trabajo interactúe con él, se deben de adoptar las siguientes pautas generales:

- 1- Permanecer en nuestra propia “sintonía” emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente.
- 2- No intentar razonar con el paciente hostil.
- 3- Aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional y nos dé la oportunidad de actuar.
- 4- Evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga. Todo lo que digamos lo interpretará de la manera que más le interese.
- 5- Evitar las provocaciones, reconocer la situación como una crisis y no responder a los desafíos.
- 6- Transmitir interés y aceptación por lo que nos dice, sin pronunciarse en un primer momento. El reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo.
- 7- Mostrar tranquilidad y control sin llegar a ser sobreprotectores o desconsiderados.
- 8- Avisar al enfermero/a responsable e intentar trasladarlo al botiquín, si el incidente se ha producido en el patio, sala de terapia, comedor...El profesional iniciará la contención verbal y ofrecerá medicación si está pautada como opcional “si agitación”.
- 9- Si persiste la agitación y/o heteroagresividad avisar al médico psiquiatra y/o al psicólogo responsable y conecedor del paciente, o al médico general a fin de valorar al paciente y establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir, tanto en el aspecto de control clínico, como el nuevo marco comunicacional que se establezca.

### **Valoración médica**

Se debe valorar básicamente:

- El grado de impulsividad o de planificación de las amenazas.
- Los medios de que dispone el paciente para dañar a los demás.

- Los antecedentes de violencia previa o de conductas impulsivas y los factores precipitantes, las víctimas y la gravedad de los daños. A veces será necesario entrevistar a otras personas dado que el paciente puede haber minimizado la existencia de conductas disruptivas o la presencia de factores de riesgo.

Ante un cuadro de agitación y/o agresividad se ha de evaluar rápidamente la etiología posible y valorar si es debida a la existencia de:

- Causas orgánicas: neurológicas, tóxicas (síndromes de intoxicación o abstinencia) o metabólicas. El cuadro más grave, por el riesgo vital que puede entrañar la causa subyacente, es el delirium. Se debe sospechar cuando se trate de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en un paciente de edad avanzada, sin historia psiquiátrica previa. Un signo frecuente es la alternancia de periodos de calma con otros de agitación, sobre todo, nocturna.
- Psiquiátricas: No hay alteración del nivel de conciencia, no suele existir desorientación témporo-espacial y la fluctuación es escasa. Pueden ser:
  - a. Psicóticas: esquizofrenia o trastorno bipolar.
  - b. No psicóticas: crisis de angustia, crisis histérica, agitación del paciente con retraso mental o trastorno de personalidad.
  - c. Situacionales o reactivas: reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas (incendios, terremotos, violaciones) o las desconexiones ambientales.

Esta distinción es importante dado que en el primer tipo de causas la aplicación de medidas de contención química puede resultar insuficiente (e incluso perjudicial en algunas situaciones) si no se trata el trastorno orgánico subyacente, mientras que en los otros dos casos la contención verbal adquiere mucha más importancia, incluso se

puede ofrecer al paciente la opción de ser medicado con la finalidad de que pueda sentir mayor control sobre su entorno y disminuya su agitación y hostilidad (Stood y McStay, 2009).

Es necesario descartar las causas orgánicas o tóxicas que generan cuadros de agitación y/o agresividad. Para ello es necesario realizar entre otros, y cuanto antes sea posible a lo largo del proceso, los exámenes complementarios disponibles (cuadro hemático, glicemia, pruebas de tamizaje de psicotóxicos, examen de orina, etc.).

### **Medidas de intervención ante la aparición de un episodio de agitación y/o violento**

#### Medidas de distracción

Las medidas de distracción pueden ser de utilidad como prevención de una crisis de agitación, o para la desactivación en lo posible de la misma. Esta medida facilita la liberación de la energía física, favorece el entretenimiento del paciente y aumenta su autoestima. También ejerce un efecto integrador del paciente mejorando el contacto social con otros pacientes y con el personal asistencial. La invitación hecha al paciente es llevar a cabo una actividad lúdica que puede ser realizada por cualquier miembro del personal.

Por ejemplo:

- Invítelo a salir a jugar o a caminar.
- Ofrezca alguna bebida (un dulce también sirve para niños), un alimento
- Preséntele un elemento distractor (una pelota blanda o un juguete de felpa que no pueda ser utilizado como arma).
- Preséntele un papel y un elemento de escritura sin punta afilada (no un lápiz) y pídale que escriba algo que no quiera decir o que lo dibuje.

- Prepare unas cartulinas con caras representativas y preséntese-las para que identifique su estado emocional.

### Contención verbal

La contención verbal consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgo, y puede ser llevada a cabo por un enfermero y/o profesional. La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y emociones, y la implantación límites de conducta claros. Es una medida terapéutica útil, en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total, para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil. Existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

### Objetivos

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas con base en las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la institución.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

### Procedimiento

Pautas para mantener la seguridad el profesional, del paciente y de los que les rodean:

- Tras la llamada de emergencia, debe programarse un grupo que pueda acudir a la atención del caso.
- Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.

- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y del lado no dominante del paciente (el lado en el que no lleva reloj).
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible. Sin embargo, si el profesional considera que es necesario y el paciente lo permite, la entrevista se realizará a solas, aunque asegurándose que otros compañeros de trabajo estén pendientes de la situación. El profesional se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad.
- En el caso de que el paciente se encuentre en ese momento acompañado, se valorará si sus acompañantes ejercen una función desestabilizadora aumentando la agresividad, en cuyo caso debe pedirse que salgan de la habitación; si, por el contrario, sirven de apoyo y ayudan al control, se mantendrán presentes, siendo este el caso, se debe explicar al paciente con voz firme y segura, pero calmada y pausada que las personas que están ante él desean ayudarlo y no agredirlo ni castigarlo. No obstante, se debe evitar en lo posible que el paciente se sienta acorralado, especialmente si tiene un trastorno paranoico.
- Cuando el paciente hable, mírelo y muestre interés, pero cuando usted hable mantenga la mirada baja y la actitud gacha, con las manos bajas, sin señalar ni meterlas dentro del bolsillo.
- Evite movimientos bruscos o súbitos cambios de posición que puedan ser amenazantes para el paciente.
- Use la estrategia de repetir lo que el paciente está diciendo, como devolviéndole la información. Si el paciente esta callado, empiece la conversación con temas neutrales y no con referencia al comportamiento inadecuado del paciente.
- Nunca ignore o critique lo que el paciente le dice en ese momento.
- No intente tocar al paciente cuando se encuentre en esta situación (contención verbal).



- Mantenga distancia, evite estar al alcance de los golpes del paciente. Nunca le dé la espalda. Informe a otros antes de intentar la contención verbal.

#### Pautas de Actuación No Verbales.

- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

#### Pautas Ambientales

- Tener en cuenta que, para la atención del paciente un espacio adecuado puede tener un efecto mitigador de la conducta violenta, aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista, es prioritario salvaguardar la seguridad de los profesionales. Esto determinará las condiciones de la entrevista.
- El espacio de atención debe ser amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia (timbres antipánico o pitos reconocibles) de fácil acceso para los profesionales.
- Se debe intentar reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire y evitar las interrupciones durante la intervención: llamadas de teléfono, dudas administrativas, etc.

Importante

No exponerse a riesgos innecesarios. La presencia del personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador.

No esperar a ser agredidos para avisar al equipo.

Si el paciente tiene algún arma, no debe continuarse intervención alguna hasta que el paciente se deshaga de ella depositándola en el suelo o en una caja. Si el paciente no entrega el arma se debe avisar a la policía.

Si el paciente persiste en su actitud amenazante, no se debe exponer. Debe entonces invitar al paciente a salir del espacio de atención y dar aviso a la policía.

Directrices Comunicacionales

- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.
- Ante el riesgo de violencia inminente:
- Advertir al paciente que la violencia no es aceptable,

- Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente,
- Informarle que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal e incluso vigilantes dispuestos a poner en práctica la sujeción).

#### PRECAUCIONES (Lo que nunca se debe hacer)

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja no ofrecer medicación “para ayudar a ver las cosas más relajadas”, “para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo”, “Para lograr que dialogue con suficiente bienestar”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”.

#### Contención mecánica

La contención mecánica es una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado. La decisión de su aplicación debe ser tomada por el psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el médico general. En caso de extrema urgencia, y ante la ausencia de ambos, será el enfermero el encargado de tomar la decisión y comunicarlo inmediatamente al psiquiatra para que ratifique y se responsabilice de la decisión. En cualquiera de los casos, quedará

siempre reflejado por escrito en la historia y el psiquiatra completará la información.

Previamente a su realización debe informarse al paciente el motivo por el que se llevará a cabo la contención mecánica, y cuáles son las opciones terapéuticas, sin demorarse más de lo necesario, pero permitiendo una posible colaboración por parte de aquel, explicándole que tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo. Una vez iniciado el proceso no debe darse marcha atrás, siendo preferible reevaluar la situación tras un breve periodo de sujeción y tras la administración de la medicación adecuada.

El objeto de la contención mecánica es la protección del paciente, de otros pacientes y/o del personal cuando han fracasado las anteriores medidas para contener la agitación. Su aplicación no siempre requiere que la situación violenta se haya producido, sino que los profesionales estimen de forma razonada que esta se puede producir de forma inminente.

Otras indicaciones para la contención mecánica pueden ser, la prevención de una grave interrupción del programa de tratamiento (vías, sistemas de soporte, sondas,) o un daño al entorno, o cuando lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica o terapéutica.

En el caso de requerirse esta medida se seguirá el Protocolo de Contención Mecánica aprobado por la institución y deben establecerse las pautas de seguimiento, de reevaluación de la medida de contención, las variables físicas y mentales a monitorizar, etc., además de aplicar las medidas medicolegales establecidas en el mismo y notificarlo a la familia o al defensor legal encargado del paciente.

Todos los miembros del equipo deberán conocer el protocolo y estar entrenados para su aplicación sabiendo el papel a desempeñar en cada momento. Se aconseja un mínimo de cinco personas (enfermeros, auxiliares, celadores y/o personal de apoyo). Es importante la realización de cursos de entrenamiento sobre el uso de medidas de contención física en instituciones certificadas. Nunca debe pedirse el apoyo de otros pacientes para la sujeción.

Siempre que se pueda recurrir con eficacia a la contención verbal o química, se debe evitar la contención física. Su uso estaría indicado cuando sea precisa para:

- Evitar lesiones al propio paciente o de otras personas en situaciones de urgencia que impliquen un riesgo para la integridad física.
- Evitar daños materiales en la ubicación donde se encuentra el paciente.
- Evitar interferencias con el plan terapéutico del propio paciente o de otros pacientes (vías, sondas, etc.).
- Evitar otros riesgos inmanejables (fuga, intento autolítico).
- La contención mecánica no debe ser usada como castigo, o como medida de control ante la falta de personal suficiente, etc. Tampoco debe estar indicada cuando exista una conducta violenta que no es síntoma de una enfermedad, sino que es de carácter voluntario y por tanto constitutivo de delito (en este último caso, es fundamental hacer la denuncia ante las fuerzas de orden público).

#### Materiales

Preparar el material necesario, según el sistema que vamos a utilizar. Los elementos de inmovilización más apropiados son: una camilla baja con barandas o una cama rígida que permita la atadura de los

sujetadores; cuatro sujetadores de tela fuerte o cuero del largo suficiente, una sábana del largo tal que permita que se le aplique sobre tórax y abdomen para impedir que el paciente se deslice por la cama, una almohada baja que solo se pone bajo la cabeza del paciente cuando este se encuentre sedado y en caso necesario.

Se debe contar con el equipo de administración parenteral de medicamentos y las sustancias que puedan necesitarse, incluyendo equipos de venoclisis y líquidos parenterales comunes (SSN o dextrosa). Además, es preferible tener un equipo de reanimación básico (máscara con balón y reservorio, tubos oro-traqueales de tamaño apropiado y laringoscopio con pilas).

#### Personal

Generalmente, será el personal de enfermería el encargado de dirigir las acciones a realizar. Valorar el personal que será necesario para realizar la contención mecánica, según el estado y constitución del paciente. Cuatro personas mínimo, preferiblemente cinco en caso de paciente agresivo o con riesgo de agresividad. Nunca debe subestimarse el riesgo que comporta el intentar la inmovilización de un paciente sin los medios materiales y humanos necesarios. Cada persona sujetará una extremidad. Normalmente el personal de enfermería sujetará la cabeza del paciente.

El encargado de liderar el procedimiento es el enfermero jefe o licenciado. Es la persona que da las ordenes de inmovilización física, prepara y aplica la sedación. Intenta las transacciones con el paciente o toma en consideración su disminución de agitación para una sedación oral. Puede ordenar el retiro de alguien del personal que se encuentre inestable (si fue agredido o amenazado por el paciente, miembro del grupo de carácter irascible que pueda estimular al paciente)

Cuatro auxiliares o cuidadores con funciones de inmovilización. Preferiblemente deben permanecer callados pero vigilantes mientras

uno o dos miembros del equipo intentan negociar con el paciente o disminuir su agitación.

#### Rutina de sujeción

No precipitarse, es preferible esperar unos minutos a que esté reunido todo el personal si la situación lo permite, a la actuación precipitada que pueda provocar lesiones innecesarias a todos.

Aislar al paciente del resto de enfermos, si es posible dialogar con él y llevarlo a su habitación. Explicarle el procedimiento al paciente, el motivo de la medida e intentar lograr su colaboración. De lo contrario, pedir al resto de pacientes que salgan de la sala y se dirijan a sus habitaciones, reunirlos a todos en un determinado lugar y, siempre que sea posible, bajo la atención de un miembro del personal de Enfermería, que explicara lo que se está realizando, intentando calmar y apaciguar el clima agresivo u hostil que se pueda originar.

Una vez tomada la decisión, reducir al paciente sin agresividad, sin discusiones y recordando siempre que se está ante un enfermo y como tal hay que tratarlo.

Cada uno de los integrantes del equipo deben saber qué parte del cuerpo inmovilizar, sujetando las extremidades con ambas manos proximalmente a dos articulaciones (codo y muñeca o rodilla y tobillo).

Se inmovilizan las cuatro extremidades en hombres y tres extremidades en mujeres, dejando una pierna libre cuando el personal se retire. Si el paciente realiza movimientos bruscos del tronco se puede completar la sujeción con una sábana envolvente, no muy apretada, sobre la parte baja del tórax y el abdomen, dejando libres los brazos que se inmovilizan aparte.

Una vez inmóvil en cama, se debe revisar la presión de los sujetadores para evitar lesiones neurológicas o vasculares graves.

Cuando el paciente se encuentra inmovilizado en cama, el personal debe retirarse lentamente y en silencio, primero el que se encuentra junto a la cabeza, luego los que se encuentran junto a los brazos y finalmente los que se encuentren junto a las piernas.

Se dan cinco a diez minutos al paciente para procurar calmarse por sí solo y luego ingresa el enfermero, puede ir acompañado solo por una persona más, para interrogar al paciente y proponer sedación oral o no (pocos pacientes cuya agitación llegó al extremo de la contención física pueden ser sujetos de sedación oral).

La presencia de un grupo grande de personas con entrenamiento que se mantengan firmes y decididos pueden evitar una agresión física del paciente agitado, pero cuando el paciente se encuentra inmovilizado, los grupos deben evitarse pues estimulan al paciente limitando el efecto del medicamento y la sedación.

Todos los demás pacientes deben retirarse del lugar para evitar complicaciones adicionales para éstos (estrés post traumático al presenciar la inmovilización o actitudes bizarras como agresión al paciente que se encuentra desarmado o al personal que intenta contenerlo).

La ayuda de otros usuarios para contener o sujetar al paciente agitado es un hecho extraordinario que solo cabe en situaciones de grave amenaza para la vida el personal o para el paciente.

Espacio físico para la contención

El espacio físico indispensable para la contención deberá ser un cuarto restringido exclusivamente para el paciente. Debe estar sin luz solar directa, poco iluminado, pero no en plena oscuridad.

Preparar la cama. Si es posible se fijarán previamente las correas de sujeción. Estas se colocarán a la altura de los tobillos y de las muñe-



cas, en los largueros de la cama. Las tablas de la cama deben estar fijadas mediante tornillos para evitar accidentes.

La habitación deberá estar despejada y libre de objetos potencialmente peligrosos y que puedan entorpecer la sujeción.

Si no se va a usar almohada, debe retirarse del espacio, al igual que todo elemento que no sea necesario y pueda ser usado como arma de auto o hetero agresión. Debe existir en el lugar un reloj de pared con números grandes, preferiblemente en la pared de la cabecera de la cama o camilla.

#### Tiempo de restricción

1. El tiempo de restricción debe ser el mínimo necesario y en general no excede de cuatro a seis horas.
2. Debe informarse al paciente sobre el tiempo que va a permanecer en restricción física (aun a pacientes con déficit cognitivo severo, se puede indicar la hora en la que va a salir de ese espacio) indicándole de forma gestual la hora en que saldrá, señalándole las manecillas del reloj.
3. En la primera hora debe observarse la condición, las modificaciones del patrón respiratorio y movimientos del paciente, si hay signos vasculares o neurológicos por excesiva presión de los elementos usados en muñecas o tobillos, por ejemplo.
4. Después de una hora el paciente puede ser monitorizado de forma menos intensiva y se pueden ir eliminando paulatinamente las restricciones físicas a intervalos, hasta dejar solo dos puntos de sujeción, siempre según las condiciones clínicas del paciente.
5. Después de seis horas de restricción debe reevaluarse al paciente y dejar constancia de cualquier prolongación de este procedimiento por parte del médico psiquiatra o general.

### Restricción química

La restricción química es el uso involuntario de psicofármacos en una situación de crisis para ayudar a contener la conducta agresiva de un paciente que se encuentra fuera de control.

No es apropiado dejar al paciente inmovilizado sin medicación. Por definición, la restricción química se ejecuta con medicación intramuscular (IM) para lo cual es preciso tener en cuenta el historial médico del paciente, los medicamentos que toma, la velocidad de acción del medicamento y la dosis suministrada, los efectos secundarios y las posibles interacciones con otros medicamentos que esté recibiendo el paciente.

La restricción química debe ser administrada y supervisada por el personal de enfermería. No existe otro profesional que pueda suministrarla.

Es posible suministrar medicación oral sedante solamente en el paciente que disminuye su estado de agitación cuando es inmovilizado.

En cualquier caso, si el paciente persiste en ser agresivo y está extremadamente agitado aún en restricción, se recomienda el uso de medicación parenteral en combinación con la inmovilización o restricción física, aunque también se puede usar medicación oral para sedar y tranquilizar al paciente, si éste la acepta.

Si el paciente acepta la medicación oral, esta debe suministrarse mientras está sentado o en pie. Si ya estaba inmovilizado, deben desinmovilizarse los miembros superiores y sentar al paciente para que reciba el medicamento y el líquido pasante, para evitar una broncoaspiración.

El nivel adecuado de sedación es aquel que permita al paciente estar alerta y en contacto con el medio y responder las preguntas del per-

sonal sin presentar agitación psicomotora o agresividad; en el momento en que se alcance este nivel de sedación, se pueden retirar las restricciones.

Medicamentos para intervenir en la agitación

En caso de agitación de severidad tal que el paciente requiera medicación, se debe considerar inicialmente la sedación oral.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2009), el fármaco más útil para sedación oral es el lorazepam tabletas de 1 o 2 mg. Se puede suministrar por vía oral o sugerir al paciente levantar la lengua y poner la pastilla en el espacio sublingual donde debe mantenerla por algunos minutos hasta que se disuelva. En ciertos casos, una alternativa sería el uso de otra benzodiacepina como alprazolam tabletas de 0.25 mg o 0.5 mg o clonazepam tabletas de 0.5 mg o 10 gotas. También puede utilizarse en pacientes levemente agitados amitriptilina 5 mg más 1 mg de trifluoperazina (presentación comercial Cuait-D grageas) una tableta u otros fármacos orales de acción rápida en sedación como haloperidol tabletas 5 mg o trifluoperazina 5 mg tabletas (con más riesgo de efecto adverso de tipo movimientos distónicos).

Las benzodiacepinas como el lorazepam, alprazolam o clonazepam pueden tener poco efecto en un paciente que ha estado medicado previamente con este tipo de sustancias, clozapina o quetiapina; también en el paciente consumidor frecuente de marihuana. En esos casos si se desea usar la sedación oral mejor usar el Cuait-D o aumentar la dosis.

En pacientes con cuadros de agitación leve o moderada, pero incoercibles (no se controla después de las medidas propuestas) pero que no presentan psicosis franca, es preferible usar diazepam ampollas 10 mg IM (aplicar media ampolla en menores de 14 años o menos de 40 kg) porque, aunque su efecto es más prolongado, su sedación es menos potente, lo cual puede ser un riesgo extra con midazolam ampollas (MinSalud, 2009).

Así mismo, MinSalud (2009) recomienda que, en pacientes con agitación moderada a severa sin psicosis franca, se debe usar midazolam en presentación de ampollas 3CC=15 mg. No se aplica la ampolla completa sino media ampolla (7.5 mg) en adultos sanos o adolescentes de más de 40 kg. En niños más pequeños en los que sea imprescindible aplicar esta medicación, se debe aplicar 1 CC=5 mg y estar muy vigilantes con el patrón respiratorio por el riesgo de apnea. En adultos consumidores recientes de psicoactivos o usuarios de múltiples drogas sedantes se puede aplicar 2CC=10 mg en caso de agitación.

El efecto de sedación con el midazolam es casi inmediato, es decir, si el paciente se inyecta y al cabo de una hora no hay indicio de sedación, puede considerarse el uso de una dosis complementaria similar (7.5 mg IM en general).

En paciente adulto con agresión severa y psicosis franca, se puede usar midazolam 7.5 mg IM y adicionar haloperidol ampollas 5 mg IM que pueden aplicarse en la misma jeringa (siempre verificando que no vaya a dejar sedimento en el embolo).

El uso de haloperidol ampollas IM en paciente con agitación y sin clara psicosis puede producir efecto adverso de distonía que puede confundir al equipo.

Como alternativa en paciente con agitación y que por cualquier razón sea preferible no sedar profundamente, se puede usar solo haloperidol ampollas 5 mg o 10 mg pero siempre debe tenerse en cuenta los efectos secundarios de distonía aguda (movimientos de cara, cuello, ojos que se presentan por periodos cortos, luego desaparecen y repiten varias veces) y los efectos de tipo neuroléptico como fiebre y rigidez que pueden confundirse con una infección de sistema nervioso central (meningitis).

Cuando se aplica la sedación con diazepam ampollas, no se puede aplicar en conjunto con otros medicamentos (midazolam ampolla o haloperidol ampolla) pues va a producir sedimento solido en la jeringa.

En caso de que el paciente deba ser sedado mientras es remitido a una institución especializada tenga en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cabecera a 30 grados
- Disponibilidad oxígeno
- Carro de paro disponible
- Protección gástrica
- Continuar con medicamentos de base
- Considerar SNG
- Cambios de posición
- Disponer de succión para secreciones

**Tabla 1.** Medicamentos que pueden ser empleados durante un episodio de agitación.

Medicamento	Dosis	Contraindicación	Efectos
<b>Haloperidol ampollas mgs. Para aplicación IM o EV</b>	Según el grado de agitación: LEVE 2,5mg (media ampolla) MODERADO 5 – 10mg- (una a dos ampollas) SEVERO 10mg (dos ampollas) Se puede repetir a los 15 minutos, hasta que el paciente se calme. La vía EV debe ser aplicada lentamente y con vigilancia de ritmo cardiaco y presión arterial.	Antecedente de síndrome neuroléptico maligno, psicosis atropinica, enfermedad de Parkinson, insuficiencia hepática, glaucoma, hipertrofia prostática.	Distonía aguda, temblor, akatisia, síndrome neuroléptico maligno, temblor fino arritmia auricular, bloqueo aurículoventricular de tercer grado intermitente, taquicardia ventricular, prolongación del intervalo QT

Medicamento	Dosis	Contraindicación	Efectos
<p><b>Midazolam ampollade 5CC=5mgs para aplicación EV y 3CC=15mgs de aplicación IM</b></p>	<p>Según grado de agitación: LEVE 5 mg IM (1CC de la ampolla de 3CC) MODERADA 7,5mg a 10mg (1,5CC a 2CC de la ampolla de 3CC) SEVERA 10mg a 15mg (2CC a 3CC de la ampolla de 3CC) Se pueden requerir dosis mayores en pacientes consumidores de sustancias o usuarios de medicamentos psiquiátricos sedantes. Se deben usar dosis menores en adultos mayores de 60 años, con problemas respiratorios o menores de 14 años. La ampolla de 5CC=5mgs EV se usa básicamente para pequeños procedimientos o cirugías por su corto tiempo de acción (extracción de cuerpos extraños, extracciones dentarias, retiro de puntos de sutura, yesos, etc.)</p>	<p>Insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática grave, síndrome apnea obstructiva intoxicación por depresores del SNC</p>	<p>Depresión respiratoria, vértigo, nistagmus, ataxia, disartria</p>
<p><b>Diazepam ampollas de 1CC=10mgs para aplicación EV o IM</b></p>	<p>Para pacientes en estado de ansiedad no psicóticos, eventos conversivos o somatización se aplican 10mg IM Para eventos convulsivos, paciente epiléptico. Se diluye la ampolla en 10 CC y se aplica EV lenta hasta que mejore la crisis. Se puede repetir inmediatamente si no hay control de la crisis.</p>	<p>Insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática grave, síndrome apnea obstructiva intoxicación por depresores del SNC</p>	<p>Depresión respiratoria, vértigo, nistagmus, ataxia, disartria</p>

Fuente: Esta tabla fue realizada teniendo como base los siguientes referentes: MinSalud (2009) y (Olivares y Pinal, 2009).

## Medicamentos inútiles en agitación

Algunas medicinas muy útiles para pacientes psiquiátricos son inútiles para el paciente en estado agitado por diversos motivos: su tiempo de acción es muy largo para tener incidencia en el estado de agitación, no producen sedación en el paciente, pueden aumentar la agitación, (Olivares y Pinal, 2009).

1. Fluoxetina, sertralina, paroxetina, venlafaxina. Llamados IRSS, no tienen efecto inmediato, entonces no sirve el suministrarlos en paciente agudo. A veces pueden causar efecto paradójico de aumentar la agitación.
2. Pipotiacina ampollas, risperidona ampollas. Antipsicóticos de depósito. No tienen efecto inmediato, solo sirve su uso crónico. Pueden ocasionar que el paciente tenga efecto secundario de tipo extrapiramidal que confunda más el cuadro.
3. Quetiapina, risperidona, olanzapinas orales. Antipsicóticos orales de segunda y tercera generación. No tienen efecto inmediato. Pueden producir somnolencia de forma lenta.
4. Amitriptilina, imipramina, mirtazapina. Antidepresivos orales. Aunque tienen un efecto sedante menos potente, pueden producir efectos secundarios que compliquen el cuadro. O sedación prolongada.
5. Zolpidem o zopiclona, triazolam. Hipnóticos de efecto agudo. Su efecto de sedación puede ser inmediato y generar errores diagnósticos o pueden confundir al paciente ocasionando conductas extrañas con alucinaciones o movimientos bizarros.
6. Acido valproico, carbamazepina, fenobarbital o fenitoína. Anticonvulsivantes que no tienen ninguna utilidad en pacientes agitados.

## Efecto placebo

Suministrar un medicamento placebo en el paciente no está indicado en el paciente agitado. Nunca se deben usar medidas placebo coercitivas como aplicar ampollas de agua destilada, suministrar gotas de alcohol por fosas nasales, simular aplicar inyecciones, etc.

En un paciente con un cuadro moderado de agitación, conocido del servicio y que acepte medicación oral puede suministrarse inicialmente sedantes naturales como gotas de valeriana (15 a 30) o gotas de pasiflora (15 a 30). Si al cabo de algunos minutos el paciente continúa agitado, se suministrará la medicación oral sugerida o se continua con la restricción química IM, (MinSalud, 2009).

## Efectos secundarios, cómo reconocerlos y cómo intervenirlos

En caso de sedación con midazolam o con cualquier otra benzodiacepina el efecto más importante es la sedación profunda que puede ocasionar depresión respiratoria (paciente con respiraciones muy superficiales y menos de doce por minuto) en cuyo caso debe suspenderse cualquier sedación, movilizar al paciente, elevar la cabeza sobre la cama para evitar broncoaspiración y suministrar oxígeno si el paciente tiene señas de cianosis (color morado) de uñas, boca, orejas o nariz. Si el cuadro persiste debe remitirse a un hospital, con LEV y oxígeno, para el suministro del antídoto de las benzodiacepinas.

En caso de efecto adverso de tipo distonía por haloperidol, debe suspenderse este fármaco (o de otros que pueden producirlo como risperidona, aripiprazole o pipotiaccina) y en caso de angustia por la distonía, aplicar midazolam 5 mg IM e iniciar biperideno 2 mg cada ocho horas por una semana pues este cuadro puede persistir por una semana.

En caso de fiebre y rigidez por el haloperidol, debe suspenderse el fármaco, iniciar LEV, medios físicos para disminuir la fiebre y remitirse al hospital por el riesgo de muerte por síndrome neuroléptico maligno.



### Complicaciones médicas de la contención

1. Obstrucción de vía aérea.
2. Broncoaspiración.
3. Rabdomiólisis.
4. Trombosis venosa profunda.
5. Úlceras en los sitios de presión.
6. Úlceras en los sitios donde se aplicaron las restricciones.
7. Muerte del paciente.

### Complicaciones psicológicas de la contención

1. Agresividad dirigida específicamente hacia el personal que realizó la intervención.
2. Estrés agudo y trastornos de ansiedad post contención.
3. Estrés post traumático del paciente.
4. Aumento de la agitación posterior al procedimiento como una consecuencia.
5. Complicaciones medicolegales de la contención: demandas por secuestro simple, agresiones físicas, psicológicas o sexuales.
6. Ansiedad, depresión o psicosis de otros usuarios después de presenciar el procedimiento.
7. Agitación de otros usuarios como consecuencia de observar el procedimiento.

### Prevención de agitaciones

- En la institución son frecuentes los eventos de agitación y serían útiles algunas medidas para disminuir riesgos, como:
- Contar con un botón de pánico que permita el llamado pronto del personal debido a lo disperso de los espacios.
- En caso de no poder contar con esto o como medida complementaria, sería útil que cada uno de los miembros del personal contara con un pito con un silbido de llamada conocido por todos.

- Sería útil que varios miembros del personal se entrenaran para responder en caso de agitación y no depender de voluntarios o tener grupos insuficientes.

En relación con la población general, sería útil:

- Programar e invitar a miembros representativos de la comunidad a asistir a una o varias reuniones donde se indiquen los objetivos de la institución, las personas que se atienden, los riesgos que se corren y se expliquen los procedimientos que pueden llegar a observar (contención de un paciente en fuga, por ejemplo), el apoyo que pueden brindar, etc.

En relación con el personal

- Dar información clara a los miembros del equipo sobre el tipo de pacientes.
- Solicitar su apoyo para casos de urgencia o incluso crear la brigada de emergencias que se entrene con periodicidad.
- Permitir que algunos miembros se aparten de este tipo de acciones por convicción personal o por su carácter (personas poco activas físicamente o muy agresivas y fácilmente exaltables), sin que esto tenga implicaciones sobre su labor habitual.
- En caso de agresión por parte de un paciente se debe dejar constancia de lo ocurrido, realizando las acciones preventivas del caso (mordedura humana, contacto con sangre de pacientes con riesgo de infección, etc.).
- Todo miembro del personal que haya sido agredido por un paciente deberá tener una evaluación psicológica en un tiempo prudencial (una semana después) para determinar sus consecuencias emocionales del evento.

Con respecto a otros pacientes

- Brindar información sobre sus derechos y deberes, de forma clara y acorde a sus limitaciones cognitivas.
- Enseñar a actuar cuando otro paciente se agita, apartándose, evitando estimularlo, llamando al personal indicado cuando observen estas conductas.
- Explicar que este tipo de acciones no se hacen como castigo sino como protección.

Con respecto a la entidad

Informar a ICBF sobre estas situaciones y los protocolos que se tienen para la atención.

Mantener un libro de agitación con una copia del informe que se deja en cada historia clínica pero que luego es difícil de consolidar y que se pueda supervisar por el equipo clínico y por ICBF para dar aportes que eviten repetición de estas conductas.

Mantener un libro de agresiones al personal (accidentes de trabajo) que pueda ser consultado y evaluado por el personal de salud ocupacional y directivos, para minimizar riesgos laborales.

Permitir a los pacientes papel (puede ser un formato sencillo con nombre, fecha y comentarios) y lápiz para que describan con sus palabras lo ocurrido y ubicar un buzón de sugerencias, quejas y reclamos que se deriven de la intervención y cuyo contenido pueda discutirse posteriormente con ellos y dejar un documento post intervención.

Realizar investigación de casos y procedimientos que permita mejora continua de este tipo de intervenciones.

## Referencias

- Mavrogiorgou, P., Brüne, M., & Juckel, G. (2011). The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(13), 222–230. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0222>.
- Mavrogiorgou, P., & Juckel, G. (2015). Erregungszustände [Acute agitation conditions]. *Der Nervenarzt*, 86(9), 1111–1119. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4149-9>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). Guía para el manejo de urgencias. 3° edición Tomo III. <https://ids.gov.co/web/2016/crue/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>.
- Olivares Díez, JM; Pinal Fernández, B. (2009). Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas. En T. Palomo y MA. Jiménez (Ed.), *Manual de psiquiatría* (661-667). Grupo ENE Publicidad, S.A. Madrid - España.
- Sood, T. R., & Mcstay, C. M. (2009). Evaluation of the psychiatric patient. *Emergency medicine clinics of North America*, 27(4), 669–ix. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.07.005>.
- Wheat, S., Dschida, D., & Talen, M. R. (2016). Psychiatric Emergencies. *Primary care*, 43(2), 341–354. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>.



## **EPILOGO**

Directorio de instituciones especializadas en salud mental y la atención de problemáticas sociales en el Valle.

El presente directorio, pretende ser de utilidad al momento que un paciente afectado por un trastorno mental o una problemática social deba ser remitido a una institución especializada. En el siguiente directorio, se incluyen los datos básicos de contacto de estas instituciones en los diferentes municipios. Tenga en cuenta que algunas de estas instituciones exigen una documentación y exámenes médicos previos para recibir algún paciente vía remisión, de tal forma es importante primero contactar a la institución para conocer los prerrequisitos antes de enviar remitido algún paciente. De igual forma algunas de estas instituciones tienen convenios con determinadas entidades promotoras de salud (EPS); es necesario determinar con cual institución tiene vinculación el paciente antes de realizar la respectiva remisión.



## INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL VALLE

Institución	Municipio	Dirección	Telefono
Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle	Cali	Calle 5 #80-00	6821800
Unidad de Salud Mental Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"	Cali	Calle 5 No. 36 - 08	6 2 0 6 0 3 7 ext. 4737 6 2 0 6 1 8 9 ext. 4889
Clínica Oriente Ltda.	Cali	Calle 5E 41-55 Tequendama	5534137 4486235
SIMA	Cali	Carrera 26 #5B - 51	6805704 5134793
Clínica Basilia	Cali	Calle 5 E 42 A-53	5242202 5131923
Organización Mente Sana	Cali	Carrera 43 A No. 5B - 60	5536125
Fundación Salud Mental del Valle	Cali - Jamundí	Jamundí Potrerito vía San Antonio Km 18	5903878
Hogar Psiquiátrico Mi Casita	Cali - Jamundí	Vía principal a Potrerito dg Cabaña tío Tom	5904212
Fundación Mi Nuevo Hogar	Cali	Calle 2ª oeste 24ª-193 Barrio Miraflores	5543724 5575138
Fundación Psiquiátrica Nueva Vida.	Cali	Km 4 Vía Potrerito Jamundí	5903578
Unidad de Salud Mental #4	Tuluá	Calle 26 # 33A - 66	2262222
Unidad Médica del Valle Umeva	Tuluá	Carrera 34 # 26 - 09	2245632
Salud Mental del Norte	Cartago	Calle 14 #4-81	2126910



## **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO QUE OFRECEN ATENCION PSICOLOGICA**

### ***Zona norte de Cali comunas 4-5-6-7***

**ESE Norte Hospital**  
**Joaquín Paz Borrero**  
Carrera 7A Bis Calle 72  
Alfonso López  
Tel. 418 47 47 Ext. 105  
Comuna 7

**Puesto de Salud**  
**Alfonso López II**  
Calle 74 Carrera 7M Bis  
Tel. 656 52 48 Comuna 7

**Puesto de Salud Floralia**  
Calle 72 # 3BN-00  
Tel. 440 14 12

**Puesto de Salud Petecuy II**  
Calle 74 Carrera 1C - 1  
Tel. 433 21 84 Comuna 6

**Centro de Salud Calima**  
Calle 67 # 6N-00  
Calima  
Tel. 4884646

**Centro de Salud La Rivera**  
Carrera 1f # 64-37  
La Rivera  
Cel. 3044334919

**Centro de Salud Popular**

Carrera 2 # 45AN-77

Tel. 4884645

**Centro de Salud Puerto**

**Mallarino**

Carrera 9 # 76-35

Puerto Mallarino

Cel. 3178706406

**Centro de salud San Luis II**

Calle 62 Bis #3-21

**Puesto de Salud**

**Siete de agosto**

Carrera 11 B Calle 72 esquina

**Centro de Salud Floralia**

Calle 82 # 3A -00

**Puesto de Salud La Isla**

Calle 38 BN #8N-40

**Puesto de Salud Las Ceibas**

Calle 65 Carrera 7 D bis

**Puesto de Salud la Campiña**

Avenida 9 A calle 47 N

**Zona centro comunas 8 – 9- 11-12**

**ESE CENTRO**

**Hospital Diego Lalinde**

Carrera 12 E # 50 18 Villacolombia

Tel. 4411518 – 4411765 Comuna 8

**Centro de Salud Cristóbal Colón**

Calle 15 # 33 - 71 Cristóbal Colón

Tel. 335203 4 Comuna 10

**Hospital Primitivo Iglesias**

Carrera 16 A # 33D - 20 La Floresta

Tel. 441 69 25 Comuna 8

**Centro de Salud Luis H Garcés**

Calle 23 # 43 - 13 La Fortaleza

Tel. 337 13 79- 335 76 86 Comuna 11

**Centro de Salud Obrero**

Calle 23 # 11B - 47 Obrero

Tel. 889 29 17 – 885 25 36 Comuna 9

**Centro de Salud Bretaña**

Comuna 9

Carrera 23 # 10-15

**Centro de Salud Belálcazar**

Comuna 9

Calle 17 # 19<sup>a</sup>-17

**Puesto de Salud Primavera**

Comuna 11

Calle 35 Carrera 32

**Centro de Salud Agua Blanca**

Comuna 11

Calle 29 #31-39

**Centro de Salud El Rodeo**

Comuna 12  
Calle 39 # 25B-21

Centro de Salud Santiago Rengifo  
Comuna 12  
Carrera 26 # 50-12

Centro de Salud Doce de Octubre  
Comuna 12  
Calle 49 # 28G-00

Centro de Salud Cristóbal Colón  
Calle 15 # 33-71  
Barrio Cristóbal Colón

Centro de Salud Panamericano  
Avenida Pasoancho # 4 6A-00 esquina  
Barrio Panamericano

Centro de Salud Divino Niño Guabal  
Carrera 41<sup>a</sup> # 14C-50  
Barrio El Guabal

**COMUNAS 1, 3, 18, 19, 20 LADERA y ÁREA RURAL:**

ESE LADERA  
Calle 14N # 6N-23 Gerencia 608 01 24 ext. 201/  
Promoción y Prevención 6080124 Ext. 119

Hospital Cañaveralejo  
Calle 3 Oeste No 12A - 50 San Cayetano  
Tel. 893 77 11 Ext 117 Comuna 3  
Centro de Salud Meléndez

Carrera 94 No 4C – 65 Meléndez  
Tel. 331 96 65 Comuna 18

**Centro de Salud Terrón Colorado**  
Av. 4ª Oeste Calle 19 Esquina La Variante  
Tel. 894 17 38 Comuna 1

**Puesto de Salud San Pascual**  
Carrera 13A # 13A – 49  
Tel. 885 00 94 Comuna 3

**Centro de Salud Siloé**  
Calle 1 # 50-51

**Puesto de Salud Lourdes**  
Carrera 73 # 1B- 13

## **COMUNAS 13, 14, 15, 21 ORIENTE**

### **ESE ORIENTE**

**Hospital Carlos Holmes Trujillo**  
Calle 72 U#28E-00 Poblado II  
Tel. 319 40 15 ext. 129- 149 – 155 Comuna 13

**Centro de Salud Diamante**  
Calle 41 Carrera 33C Esquina El Diamante  
Tel. 437 28 66- 437 28 48 Comuna 13

**Centro de Salud Marroquín**  
Cauquita Diagonal 26 J Transversal 80-3  
Tel. 448 32 69 Comuna 14

**Centro de Salud Vallado**  
Carrera. 41B Calle 50 esquina  
3283435 ext. 536

**Puesto de Salud Manuela Beltrán**

Carrera 26K Calle 108 esquina

Tel. 448 32 32 Comuna 14

**Puesto de Salud Calipso**

Carrera 28E Calle 72

Tel. 437 90 47 Comuna 13

**Puesto de Salud Ricardo Balcázar**

Carrera 26I Diagonal 71A1 - 71C

Tel. 662 99 37 Comuna 13

**Centro de Salud Primero de Mayo**

Comuna 17

Carrera 56 # 13G-10

Tel. 3309217

**Puesto de Salud Comuneros**

Calle 54B# 30<sup>a</sup>-02

Tel. 4372866

**Puesto de Salud Comuneros II**

Carrera 28 # 72F-185

Tel. 4372866

**Puesto de Salud Intervenidas**

Transversal 103 #26P- 14-48 esquina

Tel. 4230010 ext. 8040

**Puesto de Salud Decepaz**

Carrera 16 # 43<sup>a</sup>-10

Cel. 3194701922

**Puesto de Salud Los Lagos**

Calle 72 # 26-39

**Puesto de Salud El Retiro**

Carrera 39B # 49<sup>a</sup>- 65 esquina

**Puesto de Salud Pizamos**

Calle 122D # 28G- 105

Tel. 4205990

**Puesto de Salud Córdoba**

Carrera 50 Calle 50

Ciudad Córdoba

Tel. 3823435

**COMUNA 16 SUR ORIENTE:**

**ESE SURORIENTE**

**HOSPITAL CARLOS CARMONA**

Carrera 43 Calle 33 Esquina Unión de Vivienda Popular. Barrio Antonio Nariño

3280847 Ext. 108

Comuna 16

**Puesto de Salud Mariano Ramos**

Carrera 47A # 44 - 74

Tel. 328 11 87

Comuna 16

**Centro de Salud Alfonso Young**

Calle 23 # 43 – 13 Barrio San Judas

Tel. 4416925

Comuna 10

**Centro de Salud Belalcázar**

Calle 17 # 19A – 17 Barrio Belalcázar

Tel. 316 4729347

Comuna 9  
Centro de Salud Bretaña  
Carrera 23 # 10 -15 Barrio Bretaña  
Comuna 9

Puesto de Salud Calipso  
Carrera 28E # 55-72

Puesto de Salud Charco Azul  
Diagonal 71ª1 Carrera 22 esquina

Puesto de Salud Ulpiano Lloreda  
Calle 79A #23-49 esquina  
Tel. 4383232

Centro de Salud Antonio Nariño  
Carrera 39D # 39 – 00  
Tel 3281184  
comuna 16

### **COMISARIAS DE FAMILIA EN CALI**

Comuna 1 Comisaria de Terron Colorado  
Av. 4 Oeste No 19-22  
Tel.: 8943512

Comuna 3 Comisaria de Fray Damián  
Complejo Comando de Policía Fray Damián  
Calle 13a Cr 13a  
Tel. 8839956



Comuna 6 Comisaria los Guadales

Carrera 8N N° 70<sup>a</sup>- 16

Tel: 4406000

Comuna 7 Comisaria Siete de Agosto

Calle 72 No 11B-06 Sede Comunal

Tel. 6638255

Comuna 8 y 12 Comisaria Villanueva

Transversal 25 Diagonal 26- 75

Tel. 441 3801

Comuna 10 Comisaria el Guabal

Calle 14B No 41<sup>a</sup>- 25

Tel. 3260352

Comuna 14 Comisaria de los Mangos

Casa de Justicia Los Mangos Calle 73 Carrera 26R

Tel. 4483630

Comuna 15 Comisaria del Vallado

Carrera 41B Calle 50

Tel. 3290170

Psicóloga: María Antonia Astudillo

Comuna 20 Comisaria de Siloé

Casa de Justicia de Siloé

Calle 2 Carrera 52

Tel. 521826

Comuna 21 Comisaria Decepaz

Carrera 23 No 120-00

Tel. 4207980-4208026

Comisaria Móvil Corregimientos  
15 Corregimientos  
Tel. 8818551  
Central de Radio Casa 568118

## **INSTITUCIONES DE ATENCION A VICTIMAS**

Unidad de Atención y Orientación a  
Victimas del desplazamiento (UAO)  
Comuna 9  
Carrera 16 No. 15-75 Barrio: Guayaquil  
Tel. 8800126

Centro de Atención a Víctimas (CAV)  
Comuna 19  
Avenida Roosevelt No. 38-32/  
Edificio Conquistadores Barrio: Tequendama  
Tel. 3156779820/3175136512

Centro de Atención a Víctimas  
de Abuso Sexual (CAIVAS)  
Comuna 19  
Avenida Roosevelt # 35-32 /  
Edificio Conquistadores Barrio: San Fernando  
Tel. 6204100

Centro de Capacitación Dos Bosco  
Comuna 13  
Carrera 31 N° 39-42 B Diamante  
Tel. 4373531 – 4373541

Centro de Atención e Investigación  
Integral Contra la Violencia Familiar – (CAVIF)  
Comuna 19  
Avenida Roosevelt # 35-32 /  
Edificio Conquistadores Barrio: San Fernando  
Tel. 6204100

Defensoría del pueblo  
Comuna 3  
Carrera 3 #9-47 / Centro (Plaza de Caicedo)  
Tel. 6608856

Personería Municipal  
Comuna 3  
Primer piso Centro Administrativo  
Municipal (CAM-Alcaldía) / Centro  
Tel. 661799 (24 horas)

Procuraduría de Infancia,  
Adolescencia y Familia  
Comuna 3  
Calle 11 # 5-54 Edificio 99 / Centro  
Tel. 3908383 Ext. 21105-21100-21101

## **SISTEMA MUNICIPAL DE HOGARES DE PASO**

Hogar sustituto, modalidad niños, niñas y adolescentes  
Fundación Crecer en Familia  
COMUNA 19  
Calle 4<sup>a</sup> No. 39-40 Barrio: El Cedro  
Tel. 334 54 44- 552 43 66  
Hogar Santa Ana

COMUNA 22

Carrera 122 #24-00 Barrio: Pance

Tel. 5551128

FUNDAMOR

Sede La Viga Pance

COMUNA 22

Calle 19 y 20 con carreras 148 y 154

Tel. 555 7616 / 555 7710

Sede San Antonio

COMUNA 3

Carrera 5ª No 2-11

Tel. 893 6884/ 893 0101.

Fundación Samaritanos de la Calle

Hogar de Paso para habitantes en situación  
de calle “sembrando esperanza”

COMUNA 3

Carrera. 12 No. 10-60

Carrera 13 No. 10-51 Barrio el Calvario

Tel. 889 52 06

Fundación Semillas de Amor

COMUNA 19

Carrera 24 No 3-51 Barrio: Miraflores

Tel. 5147167

Hogar Santa María Goretti (niñas de 7-15 años)

Internado

COMUNA 3

Carrera 6 No.2-50 Barrio: San Antonio

Tel. 893 6937 / 893 6846

Fundación Paz y Bien

COMUNA 21

Diagonal 26 I 2 No. 80A-25 Barrio: Marroquín II

Tel. 4039640

## **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF**

Entidad adscrita al Departamento para la Prosperidad Social Línea  
Gratuita 018000918080. Página web [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)

Centro Zonal Especializado en Protección

Av. 1 Norte No. 7n-41 Barrio: Centenario

Tel. 320 665 70 70

Centro Zonal Sur Oriental

Calle 73 No 8 A 35 Barrio: Andrés Sanín

Tel. 320 704 13- 83

Centro Zonal Sur

Calle 36 No 33 A- 06 Barrio: Diamante

Tel. 436 06 99- 437 35 18/ 4882525

Centro Zonal Nororiental

Calle 70 No 7 E- bis Barrio: Alfonso López

Tel. 656 19 24- 656 19 28- 656 19 35

Centro Zonal Ladera

Carrera 43 No 5A-17 Barrio: Tequendama

Tel. 5519150

Línea gratuita

018000918080

Línea de prevención abuso sexual  
018000112440

### **OTRAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN ATENCION PSICOLOGICA**

Asociación Para Salud Mental Infantil y del Adolescente SIMA  
Carrera 26 # 5B-51  
Tel. 5134793

Fundación para la Orientación Familiar- FUNOF  
Operador de Proyectos en Familia  
COMUNA 2  
Calle 38n # 4n-116  
Tel. 666 16 08 – 6661473

Fundación Carvajal  
Sede Ladera  
Comuna 20  
Cl 2ª, b2 oeste #90-27  
Tel. 554 29 49

Sede Vallado  
Comuna 15  
Cl 48 # 41c-49  
Tel.402 54 63/ 327 33 69

Fundación Casa de Colombia  
COMUNA 2  
Av. 6B norte # 25 AN 41 Barrio: Santa Mónica  
Tel. 661 38 56/ 667 02 48  
Fundación para la Salud Divino Salvador  
COMUNA 19

Calle 3B No 67-00  
Tel. 5245085 EXT. 103

Fundación Pro-vida Digna  
COMUNA 2  
Calle 20N # 2-25  
Tel. 6607746

Fundación IDEAL  
Comunas 8 y 19  
Habilitación Rehabilitación y Unidad Educativa  
Calle 50 # 10<sup>a</sup>-08  
Neurodesarrollo  
Carrera 41 # 5B-58

Unidad de servicios psicológicos Bonaventurianos  
Universidad San Buenaventura  
Carrera 122 # 6-65  
Tel. 4882222 ext. 242/228/299

## **ATENCIÓN A USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Fundación Caminos  
COMUNA 8  
Calle 56 # 11-25, Barrio: La Base  
Tel. 4435840 – 4437519

Fundación Hogares Claret  
COMUNA 19  
Calle 5 # 24 A-176 Barrio: San Fernando  
Tel. 5585681- 5140515 – 5140517  
Fundar Colombia: Clínica de la Metadona  
COMUNA 22

Carrera 115 # 16 B-122 Barrio: Ciudad Jardín  
Tel. 3713160

### **ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PSIQUIATRÍA**

Fundación Valle del Lili  
COMUNA 17  
Carrera 98 # 18-49 Barrio: Urbanización San Joaquín  
Tel. 331 90 90

Clínica Basilia  
COMUNA 19  
Calle 5E # 42<sup>a</sup>-53 Barrio: Tequendama  
Tel. 524 22 20

Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle  
COMUNA 18  
Calle 5 # 80-00 Barrio: Alférez Real  
Tel. 682 18 00

HUV- Hospital Universitario del Valle  
Unidad de salud mental  
COMUNA: 19 Barrio: San Fernando  
Calle 5 # 36-08 Piso 2  
Tel. 6206189

Asociación para Salud Mental Infantil y del Adolescente SIMA  
Carrera 26 # 5 B-51  
Tel. 5134793 – 3962978  
Clínica Organización Mente Sana  
COMUNA 19  
Carrera 43 A 5 B-60 Barrio: Tequendama  
Tel. 5536125



## JAMUNDI

Vía Cgto la Bolsa Fca El cafetalero

Tel. 5903878

Ciclo Vital de Colombia

COMUNA 4

Carrera 42 #5 C-53 Barrio: Las Delicias

Tel. 5536125

## **GENERO Y SEXUALIDAD**

Fundación Sí Mujer

COMUNA 2

Calle 19 Norte # 3N-50. Barrio: Versalles

Cel. 315 435 8656 - PBX: 668 3000

Fundación Pro-vida Digna

COMUNA 2

Calle 20N # 2-25 Barrio: San Vicente

Tel. 6607746

PROFAMILIA

Sede Versalles

COMUNA 2

Calle 23 # 3 N - 40

Tels. 6617567 - 6618035 - 6618233

1° Consulta Gratuita

Sede Aguablanca

COMUNA 13

Carrera 28 E 2 #72 V - 64 Barrio: El Poblado II

Tels. 437 18 21 - 437 18 22

Sede Tequendama

COMUNA 19

Calle 7 # 41 - 34

Tel. 486 29 29

Centro de orientación y albergue de la mujer

COMUNA 3

Calle 8 #14 – 8 Barrio: San Bosco

Tels. 8800038 - 8854674

Fundación MAVI

COMUNA 19

Carrera 24A #3-1 Barrio: Miraflores

Tels. 5568428 – 5564378

Corporación lucha contra el sida

COMUNA 20

Carrera 56 No. 2-120 Barrio: Belisario Caicedo

Tel. 513 61 52

Asociación Lila mujer

COMUNA 13

Calle 116 A #27G-03B Barrio: Distrito de Aguablanca (Las Orquídeas)

Tel. 405 3810

Asociación Semilla de Mostaza

COMUNA 14

Diagonal 26 - 12 #80 A 25 Barrio: Marroquín II

Tel. 4039640 - 4221352

Fundación Cer Mujer

COMUNA 3

Calle 8 #14 – 06 Barrio: San Bosco

Tel. 3916132 – 8816411

Casa Matria: La casa de las mujeres  
Atención, prevención violencias basadas en género  
y programas productivos para el emprendimiento.

COMUNA 2

Calle 10N # 9N-07

Juanambú

Tel. 6688250

Santamaría Fundación

COMUNA 10

Carrea 35 # 19-32

Tel. 3253167

Fundación Copservir

COMUNA 22

Carrera 101 # 15-160

Tel. (2) 3975322- (2) 3966690

Oficina de diversidad sexual y de géneros

LGBTI Alcaldía Santiago de Cali

Centro

Avenida 2 Norte # 10-70

Tel. 8896332

## **ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Fundación Carvajal

Sede: La Casona

COMUNA 14

Carrera 27 n 103-71 Barrio: Alfonso Bonilla Aragón

Tel. 404 64 81- 554 29 49

Programa RBC

Sede: El Poblado  
COMUNA 13  
Carrera 28F # 72L – 79 Barrio: El Poblado  
Tel. 427 868 9

Programa RBC  
Sede: Vallado  
COMUNA 15  
Calle48 No. 41c-49  
Tel. 4025463

Programa RBC  
Sede: Ladera  
COMUNA 18  
Calle 2ª, b2 oeste #90-27  
Tel. 554 29 49  
Programa RBC

Instituto para Niños Ciegos y Sordos  
COMUNA 19  
Calle 5 B2 # 37A – 50 Barrio: San Fernando  
Tel. 514 0233  
Sede: COMUNA 15  
Calle 48 # 41C – 49 Barrio: Vallado  
328 06 30 – 402 56 31

Asociación de padres y amigos con Niños Down - ASOPANID  
COMUNA 9  
Carrera 17 # 13 A- 67 Barrio: Guayaquil  
Tel. 374 81 56 – 5561435

CENTRO de Neurorehabilitación SURGIR  
COMUNA 19  
SAN FERNANDO

Carrera 37 No 5B- 56B  
Tel. 5143400  
Sede: Barrio Guadalupe  
Calle 1a # 55B-118  
Tel. 5130737 – 5136101

Fundación para Limitaciones Múltiples “FULIM” COMUNA 13  
Calle 72 Q # 2 8ª -01 Barrio: Comuneros II  
Tel. 426 48 69 – 437 47 71

Asociación de discapacitados del Valle “Asodisvalle”  
COMUNA 13  
Diag. 71 26i-69 Barrio Ricardo Balcázar  
Tel. 663 33 85 – 656 01 64

Fundación progresar  
COMUNA 19  
Kilómetro 3 vía a La Sirena. Frente a cementerio  
Jardines del Recuerdo. Barrio: La sirena  
Tel. 5510301

Centro de Estimulación Multisensorial  
Terapéutico y Recreativo – CEMTYR  
COMUNA 19  
Carrera 42ª # 5ª - 106 B Barrio: Tequendama  
Tel. 3958470 / 3958471

Asociación de padres con hijos autistas APHA  
COMUNA 19  
Calle 2 # 43- 86 Barrio: Lido  
Tel. 552 45 67

Fundación de Apoyo a la Solidaridad- FAS  
COMUNA 3  
Calle 23 AN #2N – 61 Barrio: San Nicolás  
Tel. 6611319 – 6672083

Granja Tarapacá  
Carrera 119 calle 50 avenida el Cacique, Casa 3.  
Parcelación Andalucía Piedra grande  
Tel. 5555435

Fundación Impronta IPS  
COMUNA 19  
Carrera 27 # 5C-20 Barrio: San Fernando  
Tel. 3116655

Fundación Prisma para la atención a población autista  
COMUNA 17  
Carrera 62ª # 9 – 72 Barrio: EL Limonar  
Tel. 552 55 09

Asociación la Gran Alternativa  
COMUNA 11  
Trans 25B # 25 - 06 Barrio: Agua blanca  
Tel. 336 47 06

Fundación escuela taller arte Boteritos  
COMUNA 3  
Carrera 14A # 6ª – 09 Barrio: San Juan Bosco  
Tel. 885 50 15

Escuela de rehabilitación humana SEHR  
COMUNA 19  
Calle 4B No 36-00 Edificio 130 Piso 2 Barrio: San Fernando  
Tel. 518 5659. Fax 518 5658

Fundación Ideal para la Rehabilitación Integral Julio H. Calonje

COMUNA 8

Calle 50 # 10 A 08 Barrio: Villacolombia

Tel. 4415062

Instituto Tobías Emanuel

COMUNA 19

Calle 5B2 # 37 A-75 Barrio: San Fernando

Tel. 514 0202 – 557 0815

Consenti2

COMUNA 19

Calle 11 #65A-30 Barrio: Pampalinda

Tel. 3743422 - 556 81 16

Asociación Casa Del Discapacitado Físico

COMUNA 16

Calle 41 A # 42C – 32 República de Israel

Tel. 8800858

Asociación de Discapacitados Unión de Vivienda Popular Asounión

COMUNA 16

Carrera 41 No. 43-85

Tel. 3384738

Asociación de Amigos y Personas con Discapacidad

COMUNA 17

Calle 11 # 59<sup>a</sup> – 27

Tel. 339 32 54

Fundación ASFAPEM (Asociación de familiares  
y pacientes con enfermedades mentales)

COMUNA 14

Calle 79<sup>a</sup> # 26G3 – 1

Tel. 422 55 92- 4030562 C

Fundación Prisma para la Atención a la Población Autista

COMUNA 17

Carrera 62<sup>a</sup> # 9 – 72

Tel. 552 55 09

Centro de Estimulación para el Aprendizaje y las Artes (Cearte estímulo)

COMUNA 19

Carrera 30A # 7-51 Barrio: El Cedro

Tel. 3174984556

Centro para Trastornos Del Desarrollo Karitas

COMUNA 19

Calle 1A # 55B – 26

Tel. 513 07 31

Fundación de Talleres Especiales “Funtaes”

COMUNA 9

Carrera 12 # 22<sup>a</sup> - 42 primer piso Barrio Obrero

Tel. 885 35 36

Instituto de Terapia Especial de los Sentidos “ITES”

COMUNA 19

Calle 3ra # 26 – 51

556 47 93

### **ATENCION AL ADULTO MAYOR**

Hospital geriátrico y Ancianato San Miguel

Carrera 70 #2<sup>a</sup> -04 barrio Caldas

Comuna 18

Tel 3390821



Fundación Alzheimer

COMUNA 9

Av2 Oe # 7-90 Barrio: Belalcázar

Tel. 892 61 18/ 892 61 20

Fundación Cottolengo

Calle 15 # 3-45 Jamundí

Tel. 516 1232 – 516 6141

Fundación ancianato Amor y Ternura

COMUNA 19

Carrera 27 # 3-40 Barrio: San Fernando

Tel. 558 15 13 – 5190700 Ext. 4

Centro día, hospedaje, fisioterapia, psicología.

Corporación de redes de apoyo para el anciano

COMUNA 3

Calle 6B No. 12-73 Barrio: Santa Rosa

Tel. 8801378

Atención al anciano domiciliado

Comfandi: Programa de personas mayores

Carrera 23 No. 26B - 46 Barrio: El Prado

Otras Sedes: Las Delicias, EL Lido, Calipso, Prados de oriente.

Tel. 334 0000

Fundación y hogar para el anciano Abandonado

“la misericordia de Jesús”

COMUNA 14

Calle 91A #26P-47 Barrio: Alfonso Bonilla Aragón

Tel. 4483631 -3164593051

## **APOYO EN GENERACION DE INGRESOS**

Fundación Carvajal Sede: Ladera  
COMUNA 18  
Calle 2ª, b2 oeste #90-27  
Tel. 554 29 49

Fundación Carvajal Sede: El Poblado  
COMUNA 13  
Carrera. 28F # 72L – 79 Barrio: El Poblado  
Tel. 427 868 9

Bolsa de empleo Comfenalco  
COMUNA 3  
Calle 7 No. 6-62 Barrio: Santa Rosa  
Tel. 8862727 ext 2357 ó 2402

Fundación Paz y Bien  
COMUNA 21  
Diagonal 26 I 2 No. 80A-25 Barrio: Marroquín II  
Tel. 4039640

Centro de Empleo Comfandi  
COMUNA 3  
Av. 3 Norte N° 51 N - 56 - 2do. Piso Barrio: La Merced  
Tel.6661444 – 6657482

Prospera Aguablanca- Comfandi  
COMUNA 21  
Transversal 103 con diagonal 26-P15 Barrio: Marroquín II  
Tel. 4221153 – 4221473

Fundación Alvaralice  
COMUNA 21

Directorio de instituciones especializadas en salud mental  
y la atención de problemáticas sociales en el Valle

Carrera 100 # 16 – 20  
Tel. 333 12 30

Fundación Social Singer  
COMUNA 3  
Carrera 9 #10-66  
Tel.8800766

Fundación WWB Banco de la mujer  
COMUNA2  
5N #16N - 78. Cali, Colombia  
Granada  
Tel. 6670717

## **FUNDACIONES ARTISTICAS Y CULTURALES**

Fundación Culata  
COMUNA 3  
Calle 6 # 3-106 Calle de la Escopeta  
Tel: 8938439  
Contacto: fundacionculata@fundacionculata.com

Fundación MundoArte  
COMUNA  
Dirección:  
Tel: 3104362993 - 3186786696  
Contacto: fundacionmundoarte@hotmail.com

Fundación Alfombra Mágica  
COMUNA 13  
Barrio: Poblado 1  
Tel: 3148515898- 3104674784

Contacto: alfombra2013@gmail.com  
Tecnocentro Cultural Somos Pacífico  
COMUNA 21  
Carrera 28B No.121B-55 Barrio Potrero Grande.  
Tel: 316 6397565 – 3176380186  
Contacto: info@somospacifico.org

Fundación Para el Desarrollo Cultural, Artístico y Educativo  
COMUNA 2  
Av2 C N 23 A N-34  
Tel: 6615377

Fundación Casa Cultura Cruzando Fronteras  
COMUNA 11  
Calle 35 # 29 A-93  
Tel: 3254976

Centro cultural COMFANDI  
COMUNA 3  
Calle 8 # 6- 23  
Tel: 3340000  
Contacto: centrocultural@comfandi.com.co  
Fundación Casa de La lectura  
Comuna 2  
Carrera 28 oeste #13-86  
Tel: 4872168  
Contacto: casalecturafcl@gmail.com

Casa Cultural Tejiendo Sororidades  
teléfono: 4057027  
Calle 2b # 94-10 Barrio El Jordán, comuna 18

## **LINEAS DE ATENCION PSICOLOGICA**

Línea Toxicológica

Atención telefónica en asesoría intoxicaciones. 24 horas.

Tel: 554 35 43

Fiscalía General de la Nación

URI- Unidad de Reacción Inmediata

COMUNA

Calle 10 Número 5- 77

Tel. 372 99 33

Defensoría del pueblo

COMUNA 2

Calle 23 A No n-75 del tradicional Barrio: San Vicente de Cali

Tel. (57) (2) 6615333 - 6608856 - 6609382

COMUNA 3

Carrera 3 No 9-47/63 Barrio: Centro

Tel. (57) (2) 6615333 - 6608856 – 6609382

## ACERCA DE LOS AUTORES

*About the authors*

### **Juan Felipe Martínez Flórez**

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

[juan.martinez27@usc.edu.co](mailto:juan.martinez27@usc.edu.co)

Psicólogo con énfasis en psicología clínica y neuropsicología. Magister en Psicología, línea de psicología clínica (Universidad del Valle). Doctor en Psicología, Línea de neuropsicología (Universidad del Valle). Miembro grupo de investigación en Fonoaudiología y Psicología (Universidad Santiago de Cali) y grupo de investigación clínica en psicología neuropsicología y neuropsiquiatría (Universidad del Valle). Experiencia como docente universitario e investigador durante los últimos 10 años (Universidad Santiago de Cali, Universidad del Valle, Unicatólica, Universidad Cooperativa de Colombia) ex coordinador de línea de investigación en el proyecto Psicólogos en las escuelas. Áreas de interés: neurociencia cognitiva, análisis de computacional de información, neurociencia del envejecimiento, psicología clínica y cognitiva.

### **Iván Alberto Osorio Sabogal**

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

[ivanoso65@yahoo.es](mailto:ivanoso65@yahoo.es)

Médico psiquiatra egresado de la Universidad del Valle en 1999. Veinte años de práctica clínica y comunitaria, en consulta, docencia e investigación. Coordinador de grupos de trabajo comunitario, educativo y de investigación. Docente Psicopatología Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte. Psiquiatra clínico en SIMA salud mental infantil y del adolescente, Red de Salud del Oriente Hospital Carlos Holmes Trujillo y centro de salud Desepaz;

psiquiatra de Urgencias Clínica Versalles, perito psiquiatra para Pessoa Servimos en Salud Mental. Escritor aficionado.

**Marnell Ester Arroyave**

<https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

arroyave.marnel@gmail.com

Psicóloga, Magister en psicología clínica. Con experiencia como docente universitaria de psicología durante 8 años, donde favoreció espacios de formación que partieran de las historias de vida de los estudiantes, de sus saberes y creencias sobre la infancia y adolescencia en cursos relacionados con el desarrollo humano desde la perspectiva cognitiva y clínica. Ha trabajado como psicóloga en jardines infantiles de la ciudad de Cali, acompañando a las agentes educativas en la construcción de planes de aula, horizontes de sentido y elaboración de redes textuales acordes a las necesidades y características de los grupos de estudiantes, acompañamiento a padres y maestras. Le interesa el acercamiento a la clínica desde el movimiento como parte fundamental de la terapia, con el fin de enriquecer mi práctica psicológica en contextos educativos. Actualmente trabaja desde el quehacer docente de grado primero a once, acompañando a las estudiantes en la asignatura Liderazgo y en la orientación vocacional.

## **PARES EVALUADORES**

*peer reviewers*

### **Margaret Mejía Genez**

Universidad de Guanajuato

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5142-5813>

### **Jean Jader Orejarena Torres**

Universidad Autónoma de Occidente

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0401-3143>

### **Alexander Luna Nieto**

Fundación Universitaria de Popayán

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

### **Willian Fredy Palta Velasco**

Universidad de San Buenaventura

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

### **Pedro Antonio Calero**

Investigador Asociado (IA)

Docente Universitario en Fundación Universitaria María Cano

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9978-7944>

### **Esperanza Gómez Ramírez**

Investigador Sénior (IS)

Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

### **Lucely Obando Cabezas**

Investigador Junior (IJ)

Universidad Libre

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

### **María Alejandra Ceballos**

Fundación Universitaria de Popayán

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>



**Marco Alexis Salcedo Serna**

Investigador Junior (IJ)

Universidad Nacional de Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

**María Ceila Galeano Bautista**

Universidad Libre

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6679-4259>

**Carol Andrea Bernal Castro**

Universidad del Rosario

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8284-0633>

**Mauricio Jiménez**

Universidad Autónoma Latinoamericana

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4811-2514>



**Distribución y Comercialización /  
Distribution and Marketing:**

Universidad Santiago de Cali  
Publicaciones / Editorial USC  
Bloque 7 - Piso 5  
Calle 5 No. 62 - 00  
Tel: (57+) (2+) 518 3000  
Ext. 323 - 324 - 414  
editor@usc.edu.co  
publica@usc.edu.co  
Cali, Valle del Cauca  
Colombia

**Diagramación / Design & Layout by:**

Diego Pablo Guerra Gonzalez  
diagramacioneditorialusc@usc.edu.co  
diego.guerra00@usc.edu.co  
Cel. 3187225351

Este libro fue diagramado utilizando fuentes tipográficas Literata en sus respectivas variaciones a 11 puntos en el contenido y Firas Sans, para los capitulares 17 puntos.

Impreso en el mes de noviembre de 2022, en los talleres de SAMAVA EDICIONES E.U. en Popayán - Colombia, 100 ejemplares, Cali, Colombia, Cel: 313 6619756  
2022

Fue publicado por la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.