

Sus síntomas más sobresaliente son:

- Animo muy triste y desesperanzado
- Descuido total de sus actividades habituales
- Sentimientos de ruina, culpa, inutilidad, pesimismo, muerte
- Gran inquietud o por el contrario. lentitud e inhibición psicomotora
- Alteraciones en el apetito, sueño, sexualidad.
- A veces ideas falsas, extrañas, sostenidas con pleno convencimiento (ideas delirantes) y de un contenido depresivo (ruina, culpa, fatalismo, negación, etc.) al punto de alcanzar una psicosis
- Ideas e intentos suicidas

EL T.A.P. PUEDE MANEJAR ESTOS CASOS UNICAMENTE HASTA PONER AL PACIENTE EN MANOS DE UN PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Hasta tanto, T.A.P. debe:

1. Mantener una estrecha vigilancia (visitas varias veces al día).
2. Alejar del paciente objetos o sustancias nocivas por la posibilidad de intento de suicidio.
3. Proporcionar cuidados vitales: alimentación, vestido, etc.
4. Estimular un mínimo de actividad (habitual)
5. MEDICOS: luego de descartar enfermedad orgánica y en caso necesario, administrar tranquilizantes

menores o neurolepticos e iniciar tratamiento antidepresivo, hasta enviar el paciente al especialista.

- 6 Integrar a la familia en el cuidado del paciente
7. Derivar el paciente al especialista.
- 8 Registrar las novedades e informar de estas al especialista.
- 9 Informar a la familia que el paciente no puede controlar voluntariamente los sintomas y tampoco esta fingiendo

☞ LA IDEACION SUICIDA

En caso de riesgo de suicidio se debe cuantificar la magnitud del mismo. La presencia de los siguiente parámetros demuestran que el riesgo es alto.

- 1 Presencia de un cuadro depresivo, especialmente si es mayor (grave), o de alcoholismo, psicosis u otra enfermedad grave
- 2 Una alta motivación determinada por.
 - 2.1. Una alta intención
 - 2.2. Un método infalible o muy dañino (en orden decreciente son ejemplos el tirarse de un sitio muy alto o dispararse, ahorcamiento o cortes graves estando sólo... y en el polo opuesto se encuentra la ingesta de sustancias no nocivas).
 - 2.3 No es posible revertir el método (como por

ejemplo el arrojarde de un sitio alto)

- 3 Disponibilidad de ayudas es mínima o nula
- 4 Antecedentes de otros intentos serios y que han puesto en grave riesgo la vida.
- 5 Instauración súbita e inesperada de un problema serio en la vida del paciente
6. Grado muy alto de estrés cotidiano que soporta el paciente

Si usted considera que el riesgo de suicidio es moderado o alto, los siguientes son principios básicos del manejo.

MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA

- 1 Nunca desprecie las amenazas del paciente de atentar contra su vida
2. Mantener al paciente en un lugar adecuado.
3. Informar a la familia acerca de lo sucedido sin alarmar o despreciar la situación
- 4 Mostrarse flexible a los deseos del paciente (permitir hablar si quiere o respetar su silencio).
- 5 Evite culpabilizar, criticar o regañar por lo sucedido
6. Ofrecerle la ayuda hasta el punto de que sea técnicamente recomendable.

- 7 Permitir que una persona acompañe al paciente
- 8 Impedir que medicinas, tóxicos u objetos letales estén a su alcance.
- 9 Si el paciente está incontrolable, agitado o insiste en hacerse daño, un profesional con atribuciones debe prescribir un tranquilizante tipo benzodiazepina o neuroleptico
10. Si el paciente tiene un alto riesgo de quererse matar o si ya lo ha intentado quiere volver hacerlo, debe internarse a toda costa y poner la situación en manos de un psiquiatra.

☉ ANSIEDAD REACTIVA

Se caracteriza por:

- Tener una causa identificable o una situación vinculada temporalmente a la aparición de los síntomas
- Pueden hacer pensar que se trata de una enfermedad orgánica imprecisa.
- Se manifiestan por sintomatología psíquica y somática.
- Su sintomatología mas sobresaliente es
 - ✧ Inquietud, preocupación temor que algo va a pasar, impaciencia.

- ◇ Insomnio, dolor de cabeza, dolor u opresión a nivel de estómago o el corazón.

EL T.A.P. puede manejar estos casos cuando:

- 1 Esta muy inquieto pero puede controlarse
- 2 No ha llegado a sentir pánico o sensación de muerte inminente
3. Tiene ligeros problemas de sueño y apetito
4. No representa peligro para si o sus familias.

EL T.A.P. a esto debe:

- 1 Buscar un ambiente tranquilo y relajado
2. Separar al paciente del conflicto
3. Descartar una enfermedad orgánica
- 4 Informar que no hay riesgo de muerte
5. Permitir el desahogo
6. MEDICOS: Pueden administrar una benzodiazepina por vía oral o IM durante una semana
- 7 Discutir lo que el paciente puede hacer frente a este problema
- 8 Qué pueden hacer los familiares u otras personas por ayudarlo.

Se debe remitir los casos que:

- 1 El pánico inmoviliza al paciente
- 2 Tiene conducta descontrolada y peligrosa
- 3 No cuida de sí mismo
- 4 Usa drogas y/o alcohol de modo abusivo
- 5 Conducta e ideación incongruente.

➤ **SINTOMAS DE APARENTE DISTURBIO ORGANICO (CORPORAL):**

Qué son: Son Conjunto de trastornos que hacen pensar en la existencia de una enfermedad física, cuando en realidad ésta no existe y más bien toda la enfermedad se debe a un conflicto del paciente. Estos síntomas pueden ser simulados o resultantes de una disociación histérica.

Los síntomas simulados:

- Remedan una enfermedad física o mental
- Se presentan de acuerdo a las circunstancias y buscan dar al paciente una ventaja o privilegio inmediata; por Ej no acudir al trabajo, evitar una responsabilidad, lograr una recompensa, subsidio económico, recibir trato preferencial, etc.
- Están bajo control conciente y voluntario.

Frente a esto el T.A.P. debe:

1. Mostrarse comprensivo pero firme con el paciente
2. No acceder a que el paciente logre sus objetivos, por Ej: No dar permisos o certificados de incapacidad para que obtenga ventajas.
3. Analizar conjuntamente con el paciente su conducta, y los factores que la motivan
4. Buscar conjuntamente otros mecanismos que no sean la simulación
5. Pedirle que adopte una conducta, madura, acorde con la situación

⇒ **DISOCIACION HISTERICA**

Se presentan muy parecidos a una enfermedad orgánica, ya sea:

- Con pérdida de la capacidad moverse.
- Con movimientos que asemejan convulsiones
- Con caídas al suelo e imposibilidad de moverse
- Con síntomas parecidos a las enfermedades del sistema nervioso por ej pérdida de la voz ceguera hormigueos o pérdida de la sensibilidad al dolor
- Los síntomas no son voluntarios

- No hay hallazgos de enfermedad física.
- Hay relación con algún conflicto psicológico previo al apareamiento de los síntomas.
- Los síntomas permiten al paciente obtener alguna ventaja o cambio de su entorno ambiental.
- No hay hallazgos de enfermedad física.
- Hay relación con algún conflicto psicológico previo al apareamiento de los síntomas.
- Los síntomas permiten al paciente obtener alguna ventaja o cambio de su entorno ambiental.

Frente a esto el T.A.P. debe:

1. Evitar reprender o despreciar al paciente.
2. Permitir que el paciente hable desahogadamente sobre sus problemas.
3. Explicar que el problema es transitorio.
4. Mostrarse tranquilo, seguro y comprensivo.
5. En lo posible evitar que falte a sus actividades habituales o que saque alguna ventaja de su enfermedad.
6. Observar de cerca al paciente.
7. Cuanto antes enviar a su casa.

☉ SOMATIZACION :

- Los síntomas se manifiestan durante varios años.
- Los síntomas son poco claros, múltiples fluctuantes
- Han motivado el uso de medicinas y la consulta a muchos médicos.
- Provocan malestar, sentimiento de estar enfermo y deterioran su actividad habitual.
- No obedecen a trastorno o lesión física ni consumo de tóxicos o medicamentos
- Pueden expresarse a través de síntomas:
 - a) De trastorno de movimiento.
 - b) Del aparato digestivo (dolor, náusea, gases)
 - c) Ginecológicos: dolor menstrual, vómitos, problemas de la regla.
 - d) Sexuales: indiferencia, dolor o falta de placer.
 - e) Dolor espalda, articulaciones, extremidades.
 - f) Cardiopulmonares: falta de aire, palpitaciones, mareo, etc.

Frente a esto el T.A.P. debe:

- 1 Permitir que el paciente haga un recuento de los factores que exacerban o modifican los síntomas.
- 2 Escuchar pacientemente.
- 3 Explicar que el "síntoma", sea dolor, parestesia, o cualquier otro, tiene un significado que debe identificarse.
4. Resaltar la importancia de los factores emocionales en el apareamiento de la enfermedad.
- 5 Enseñarle a que tenga un equilibrio en su actividad, reposo y la recreación.
6. Sugerir que desarrolle actividades de su interés
7. Enviar el paciente a un especialista los casos:
 - Crónico y que limite al paciente en su actividad.
 - Desestabilicen la familia o el trabajo.
 - Los síntomas son muy severos

ESTUDIOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DE LOS DESASTRES

TERREMOTO DE MANAGUA (1972)

- **CARACTERISTICAS:** Instauración súbita, alta letalidad; impacto circunscrito, pocas posibilidades de huida y rescate.

- **OBJETIVOS**
 - Establecer cuales son las características psicosociales de los pacientes antes y después de terremoto.
 - Conocer la frecuencia de enfermedad mental antes y después del terremoto.

- **METODO**
 - Muestra de pacientes- 3463 que acudian al hospital de Managua, 1 año antes y 1 año después.

- **RESULTADOS**
 - En 1973 aumentaron admisiones en 27.2%; sobre todo en el trimestre inmediato posterior.
 - En 1973 aumentó las NEUROSIS, en un 45,9%, el Síndrome Orgánico Cerebral y el Retardo Mental.
 - En 1973 los psicóticos aumentaron en el 1er trimestre pero disminuyeron en el 2do trimestre.

- En 1973 disminuyeron los trastornos de Personalidad, planteándose las siguientes hipótesis:
- La gente está preocupada por sus problemas personales, familiares y ambientales; y no tienen oportunidad de romper reglas de conducta.
- El medio social asume una actitud más abierta y tolerante frente a las conductas desviadas.
- La desorganización social crea un ambiente más permisivo.

• **CONCLUSIONES.**

1. Se confirma las presunciones que los trastornos emocionales son muy frecuentes luego de un desastre.
2. Las catástrofes no fomentan la aparición de grandes problemas psicóticos, pero provocan nuevos episodios en personas con diagnóstico previo de psicosis.
3. Se debe implementar programas de prevención y asistencia a nivel primario, para las poblaciones afectadas por desastres.

CATASTROFE DE ARMERO (13-11-85)

• **CARACTERISTICAS.**

- Hubo indicios de que el desastre ocurriría, instauración súbita; altísima letalidad (alrededor de 22.000 víctimas):

impacto circunscrito claramente, imposibilidad de huida y rescate.

- **OBJETIVO**

- Establecer la prevalencia de trastornos mentales en la población.

- **METODO**

- 7 meses después se aplicó el C.A.R. a 200 víctimas adultas ubicadas en 4 campamentos.

- **RESULTADOS.**

- Se encontró una prevalencia del 55% en campamentos de trastorno emocional; lo cual es 4-5 veces más alta que la que se encuentra en situaciones rutinarias (16%).
- Los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron los trastornos ansiosos y la depresión.
- En la población general que asistía a Subcentros, la frecuencia fue de 45%
- Se demostró la validez del C.A.R2 y la necesidad de capacitar al T.A.P. en salud mental para identificar casos y asistir a la población.

TERREMOTO IMBABURA-1987

- **CARACTERISTICAS.**

- Afecta gran extensión de la población.
- Media letalidad
- Instauración súbita
- Percibido a distancia

- **OBJETIVOS**

- Establecer la incidencia de trastornos emocionales en población.
- Conocer la validez de la capacitación al personal de salud para que detecten casos.

- **METODOLOGIA.**

Se aplicó el cuestionario de autoreportaje C.A.R. a 150 pacientes que acudieron tres meses después del desastre a los subcentros rurales buscando asistencia médica. el C.A.R. ha sido utilizado para estudios en Colombia en el desastre de Armero.

Comprende items para evaluar síntomas sugestivos de neurosis, psicosis, epilepsia y alcoholismo. Los probables casos fueron entrevistados por un psiquiatra. Se incluyeron además preguntas sobre datos sociodemográficos, la vivencia del desastre, la salud física, el nivel de apoyo social, etc.

•RESULTADOS.

1. La prevalencia de trastorno emocional, según el C.A.R. fue de 40% mucho más allá que la observada en pacientes que acuden a unidades de salud en situaciones ordinarias, que es el 16%. Este incremento se explica por la vivencia psicotraumatizante cercana del desastre.

En Armero se encontró una prevalencia de 55% entre víctimas de campamentos y de 45% en población que asistía a las unidades médicas. Sabiendo que el desastre de Armero fue muchísimo más grave, las diferencias sugieren que la proporción de víctimas con alteración emocional se relacione en forma directa con la magnitud del desastre. Los trastornos observados corresponden a categorías clínicas perfectamente definidas dentro de los Estados de Ansiedad, (como el estado de stress postraumático) y los cuadros depresivos.

2. Un hecho curioso es aquel que independientemente de la magnitud del desastre, las víctimas de Armero y Ecuador presentaban igual sintomatología emocional, lo que hace suponer que pasado cierto "Umbral" las personal son igualmente sintomáticas sea cual fuera la magnitud del desastre, y requieren iguales servicios de asistencia en salud mental.
3. Todos los síntomas fueron predictivos de trastorno, pero más lo fueron " incapacidad de gozar con sus

actividades”, “sentir que no vale nada” y “sentirse inútil en la vida”.

4.- Los pacientes que eran solteros, separados o viudos; y los que sentían tener una mala salud física o emocional resultaban con mayor riesgo para presentar disturbios emocionales.

5.- Los diagnósticos encontrados fueron:

5.1- Trastornos por stress posterior 48%

5.2- Depresión grave 18%

5.3- Trastornos de ansiedad generalizada 5%

5.4- Abuso de alcohol 3%

5.5- Trastorno-pánico 3%

5.6- Otras 3%

• DISCUSION

1. La incidencia de trastorno emocional en la población que vivió la experiencia, fue tres veces más alta que la observada en condiciones rutinarias, lo que apoya la hipótesis de una asociación causal entre desastre y alta afectación emocional.

2. Se conoce que la cantidad de víctimas se relacionan en forma directa con la magnitud del desastre; pero las víctimas de uno y otro desastre presentan un perfil automático igual, y requieren los mismos servicios de salud.

3. Los síntomas más frecuentes son malos predictores de

trastorno emocional y los más frecuentes (relacionados a depresión y difusión social) son buenos predictores.

4. El personal de salud no identificará fácilmente a las personas con disturbios; y sólo pueden hacerlo después de un curso de capacitación.

- **CONCLUSIONES.**

1. La morbilidad psiquiátrica después de un desastre en un país en desarrollo es elevada.
2. Gran parte de las personas afectadas asisten a las unidades periféricas de salud (manifestando síntomas emocionales claros o encubiertos) y puede ser detectada por T.A.P.
3. El tipo de perturbación emocional tiene una identidad nosológica incontrovertible, en vez de ser síntomas inespecíficos.
4. Es válida y eficaz la capacitación de T.A.P. en salud mental, y la implementación de un programa de salud mental, sobre todo en zonas de alto riesgo.

TERREMOTO DE PUJILI (MARZO 1996)

- **CARACTERISTICAS:**

Instauración súbita
Baja letalidad
No localizado

- **OBJETIVOS**

- Proveer asistencia a la población del epicentro; así como de la zona de mayor repercusión, en especial a la población más vulnerable (niños).
- Capacitar al personal de salud para que asistan la demanda a mediano plazo.
- Identificar el tipo de reacciones en los niños de la comunidad " La Gloria".

- **RESULTADOS:**

- Validez de intervención con grupos altamente vulnerables (niños)
- El 31% de niños entre 7 y 12 años presentó respuestas desadaptativas, especialmente de NEGACION. Predominan éstas en los varones.

DESASTRE AEREO DE MANTA: (OCTUBRE 22/1996)

- **CARACTERÍSTICAS:**

Instauración súbita, baja letalidad, circunscrito, pocas posibilidades de huida y rescate.

- **OBJETIVOS:**

1. Intervenir en forma temprana a los damnificados ubicados en albergues.

2. Brindar atención a la demanda espontánea de pacientes
3. Detectar incidencia de probable disturbio en albergue (62%) y en zona periférica al sitio de impacto (57%).
4. Asistir a población en alto riesgo (niños, pobladores de la zona del impacto)
5. Capacitar a grupos de rescate.

• **METODOLOGÍA.**

Tres semanas luego del desastre se aplicó el SRQ al 100% de la población alojada en el albergue, y que habrían perdido al menos bienes materiales, y en 6 manzanas (alrededor de 200 personas) en torno al sitio de impacto.

El 50% de los pacientes POSITIVOS del albergue fueron entrevistados por el especialista; lo que permitió confirmar en la mayoría de casos el Diagnóstico. (SRQ es lo suficiente sensible). También los entrevistados positivos del Barrio La Dolorosa, fueron remitidos a consulta de especialidad.

• **RESULTADOS.**

EN EL ALBERGUE: Incidencia de probable disturbio es del 62%

EN BARRIO: Incidencia de probable disturbio es del 57%

Esta incidencia es superior a la observada en el terremoto de Imbabura, que fue del 40%, y aún más que en Armero que fue del 55%, lo que puede explicarse por el grado de localización del desastre, la magnitud del mismo y la instauración súbita.

Los cuadros sintomáticos son perfectamente compatibles con categorías nosológicas, y son trastornos por stress postraumático, reacción a stress, estados de ansiedad, reacción depresivas.

• **CONCLUSIONES.**

1. Los desastres provocan consecuencias mucho más graves por la incredulidad, imprevisión y negligencia. Ver ejemplo: Catástrofe de Armero.
2. Provocan consecuencias psicopatológicas en la población con mucha frecuencia, inciden así en la calidad de vida, productividad, capacidad de recuperación de las zonas afectadas. El resultado de esta condición psicopatológica en la población, de no ser resuelta agrava las consecuencias del desastre.
3. Se demuestra la conveniencia y utilidad de la planificación y organización de un Programa de Prevención y Atención Primaria en Salud Mental para la población afectada, así como de la utilidad del C.A.R. como un instrumento eficaz de tamizaje a aplicarse en grandes grupos poblacionales.

4. Si bien, la frecuencia de disturbio está en relación a la magnitud del desastre, los individuos con trastorno, tienen una similitud clínica, independiente de la gravedad del desastre.
5. Los proyectos de Armero, e Imbabura incentivaron el interés y el desarrollo de múltiples iniciativas en desastres y Salud Mental en América Latina, en las áreas de investigación, capacitación, asistencia; a nivel de Organismos del Estado, Facultades de Medicina, Cruz Roja, Defensa Civil, etc.
6. El conocimiento del comportamiento humano frente a los desastres nos ayuda a prevenir complicaciones psicopatológicas trabajando sobre los grupos de riesgo, orientando el comportamiento de la población e impidiendo los “doble desastres” por desinformación, negligencia o desorganización.
7. Necesario el Comprometimiento de: Organizaciones estables y privadas, grupos de ayuda, gremios de especialidad, etc, en las acciones de asistencia y seguimiento de las víctimas, con problemas de Salud Mental.

**BIBLIOGRAFIA GENERAL
SOBRE TRASTORNOS MENTALES EN ATENCION
PRIMARIA**

- Brines, S: Evaluación del Potencial de Suicidio-Informe de la Secretaria del Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, pp. 1-88, 1981.
- Climent CE, De Arango MV (1983) Manuel de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Chávez Hernán: Crisis de Ansiedad, Ponencia al Curso de Urgencias en Psiquiatría, Hospital Julio Endara, 1985
- Chávez Hernán: Manual para el Trabajador de Atención Primaria en Salud Mental, M.S.P., División Nacional de Salud Mental, Quito, 1990.
- Essex B: Gosling H: Programa para la Identificación y Tratamiento de Problemas de Salud Mental, Basilea, Suiza, Impresión CIBA GEIGY S.A., para la OMS, pp. 70-78
- Hyman SE Manual de urgencias psiquiátricas, Barcelona, Salvat 1987
- Kaplan HI, Sadock B: Tratado de Psiquiatría (2 tomos). Barcelona, Salvat 1989
- Lima, B.R.; Manual para el trabajador de Atención Primaria en Desastres, MSP, División Nacional de Salud Mental, Quito. 1989.
- Lima, B:R: (Primary Mental Health Care for Disaster Victims.) Desastres Emergencia y Urgencias 1 (4): 9-11, 1987 (Span).

Lima B:R., Pai S., Santacruz, H, LOZANO,j., Chávez H., samaniiego, N.: Conducting Research on Disaster Mental Health in Developing Countries: A Proposed Model, Disasters 13 (2): 177-184, 1989.

Lima, B.R., Santacruz, H., Lozano, J, Chávez H. Samaniiego, N. Pompei, MS., Pai S: Disasters and Mental Health. Experience in Colombia and Ecuador and Its Relevance to Primary care in Mental Health in Latin America. International Journal of Mental Health, 19(2): 3.20.1990.

Lopez-Ibor, J.: Ruiz C.: Psiquiatría (DE-1) Barcelona, Ediciones Toray 1982, pp. 910-993. 1120, 1986

OMS: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE 10 descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid Meditor, 1992, pp.97-112

Schneidman: Suicidio, En: Vidal y Col. Enciclopedia de Psiquiatría, Buenos aires, Ed. El Ateneo, 1986.

Sonenreich, C.: Friedcrick, S: Suicidio Aspectos Psiquiátricos, Revista Teórica Práctica de Psiquiatría, pp. 38-56 1984.

Tizon García, JL: Atención Primaria en salud mental y salud mental en atención primaria, Barcelona, Doynma 1992.

Vallejo Ruiloba J: Introducción a la psicología y psiquiatría (3era edición), Barcelona Salvat, 1991.