

# Continuidad de la Atención en Salud Mental

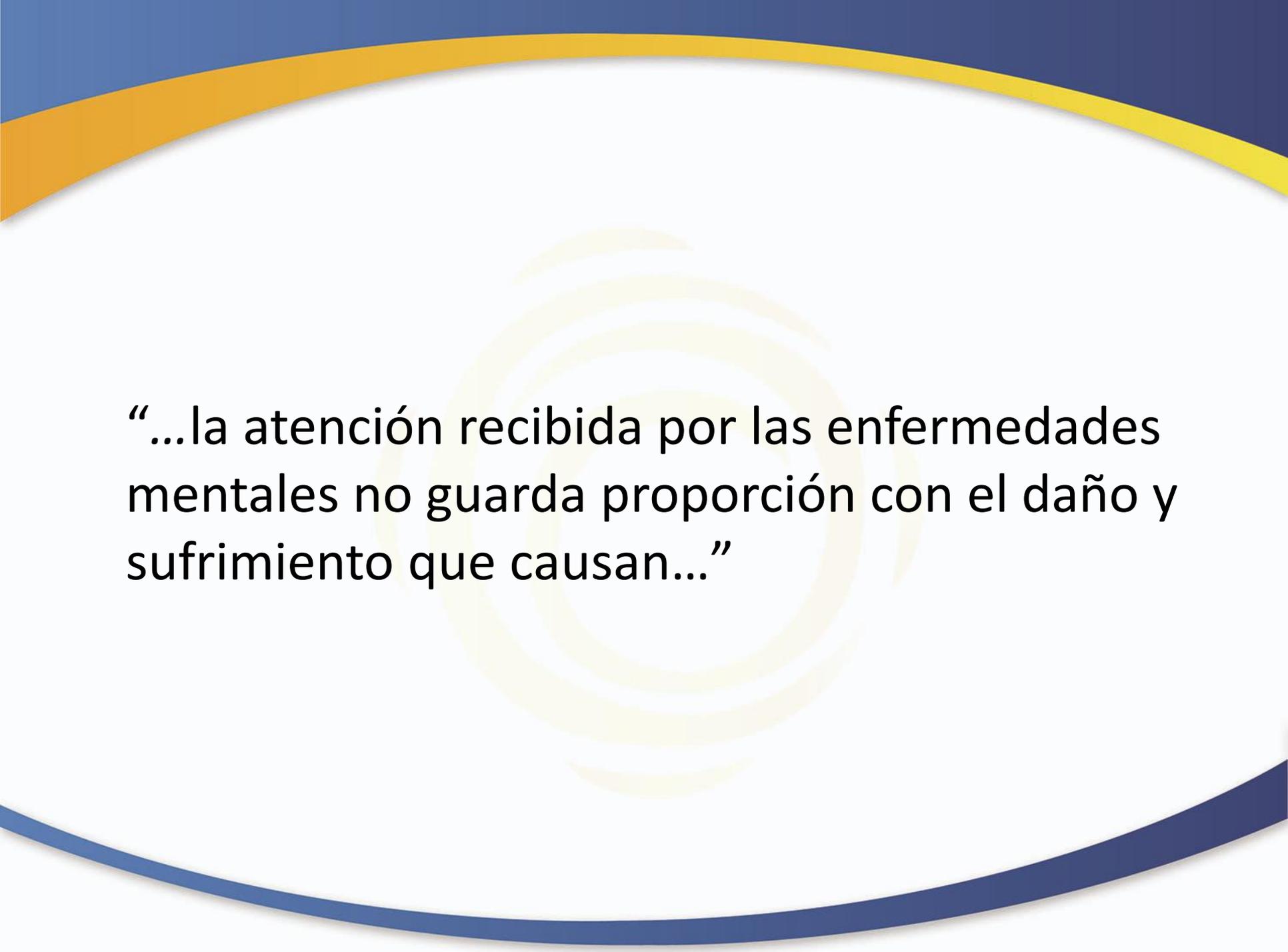


Dr. VICTOR VILLANUEVA H  
MIDA-PSIQUIATRA-RESIDENTE PSIQUIATRIA  
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA CMN SIGLO XXI

Mérida, Yucatán. 18 de Octubre 2013

- La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la **depresión**, la **ansiedad**, la **epilepsia**, las **demencias**, la **esquizofrenia**, y los **trastornos del desarrollo en la infancia**
- **OBJETIVO:** realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

- 1970 Dr. Hector M. Cabildo realizó una encuesta de la población atendida en las instituciones psiquiátricas del país.
- 1977 Dr. Ramón de la Fuente Muñiz como director de salud mental en la SS primeros estudios epidemiológicos.



“...la atención recibida por las enfermedades mentales no guarda proporción con el daño y sufrimiento que causan...”

- La OMS pronosticaba un aumento del 10.5% de aumento en relación a los trastornos depresivos.
- Llegando a constituir el 15% de discapacidad.

# Causas líderes de discapacidad en el mundo

1. **Depresión mayor**
2. Anemia por deficiencia de hierro
3. Caídas accidentales
4. **Uso de alcohol**
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. **Trastorno bipolar (manía-depresión)**
7. Anomalías congénitas
8. Osteoartritis
9. **Esquizofrenia**
10. **Trastorno obsesivo-compulsiva**

- Los conocimientos que el médico posee sobre la enfermedad mental, su **actitud ante el paciente** (p. ej., mostrar interés por los problemas personales o sociales del pacientes) y sus **habilidades de comunicación** (p. ej., ser receptivo a la comunicación no verbal, hacer preguntas abiertas) son factores que influyen también en la identificación correcta de enfermedad mental en sus pacientes.

- Curiosamente, la **experiencia personal** del médico de tener un su entorno cercano (familia o amigos) una persona con una enfermedad mental mejora la capacidad para detectar trastornos psiquiátricos.
- Esta experiencia humana, no de aprendizaje técnico, parece actuar como **factor sensibilizador**, pues no induce una mejoría en el tratamiento del paciente

## Actividades para la articulación entre el nivel primario y secundario .

- Para aumentar y mantener la capacidad resolutive del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel de secundario, se requiere que los especialistas asesoren de manera continua a los equipos del primer nivel de atención.
- Esta asesoría se realiza a través de la siguiente prestación o actividad.
- **CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL:** actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o consultorio.

## Actividades para el Tratamiento / Recuperación y Rehabilitación

- Las actividades para tratamiento de personas con diagnóstico de una enfermedad mental que realiza el equipo de salud general están dirigidas a las *personas y sus familias, y su objetivo es la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la enfermedad mental.*
- La capacidad de resolución del equipo de salud general, para cada enfermedad mental, depende de los recursos del establecimiento y de la efectividad de la asesoría que recibe del Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria .
- Para asegurar esa capacidad de resolución, el médico general debe contar con los fármacos necesarios.

- Muchas de las personas con un trastorno mental serán diagnosticadas y recibirán su tratamiento exclusivamente de parte del equipo de **salud general**, en una proporción distinta según la patología.
- Un número menor requerirá, además, que su caso sea analizado en una consultoría de salud mental del equipo que lo atiende con los especialistas del equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

## **Actividades en la Atención de Urgencia**

- Intentos de suicidio, episodios de sintomatología psicótica aguda, crisis depresivas y ansiosas, e intoxicación por alcohol o drogas, y en el segundo, por lesiones debidas a violencia, especialmente intrafamiliar y abuso sexual.
- El equipo que otorga atención habitual de urgencia debe contar con el apoyo y asesoría de especialistas para realizar acciones de detección, intervención en crisis y derivación de estas personas.

## Actividades para la articulación entre el nivel secundario y primario

- La articulación con el nivel primario permite a los equipos de atención especializada reservar sus recursos para la atención de las personas que, por la gravedad de su enfermedad y condición, necesariamente lo requieren, accediendo a este tipo de atención en la forma más oportuna y rápida posible. Una prioridad en este acceso son, por ejemplo, los adolescentes con intento de suicidio o con primer brote esquizofrénico. Para ello, el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria debe apoyar al equipo de salud general para que adquiera y mantenga su capacidad para realizar las actividades de promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y derivación, y apoyar también al equipo profesional de los Servicios de Urgencia.
- **CONSULTORIA DE SALUD MENTAL**: actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o de urgencias

- La **capacitación** de los médicos generales para la detección de enfermedades mentales y para el manejo de algunas es una tarea importante.
- Los grupos Balint y otras técnicas permiten capacitar al médico no psicoterapeuta en el **manejo de la relación médico-paciente**, especialmente en la reacción emocional a la enfermedad
- En este nivel existirán, servicios especialmente estresantes que puedan requerir de servicios psicológicos de apoyo y elaboración de dicha situación de tensión permanente, por ejemplo atención de quemaduras, oncología, urgencias, terapia intensiva.

- En el caso de los hospitales pediátricos la prevención del **hospitalismo** mediante programas de familiares acompañantes tiene que ser incluida como parte de las responsabilidades de los servicios de salud mental



MENTAL  
HEALTH →  
CENTER

# PRINCIPIOS GENERALES

1. Comunicación con las personas que buscan atención de la salud y con sus cuidadores
  - » **Asegúrese que la comunicación sea clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.**
  - » **Sea amistoso, respetuoso e imparcial en todo momento.**
  - » **Emplee lenguaje sencillo y claro.**
  - » **Responda con sensibilidad a la revelación de información privada y problemática (por ejemplo, en relación con violaciones sexuales o actos de autolesión).**
  - » **Brinde información a la persona acerca de su estado de salud en términos que sea capaz de entender.**
  - » **Pregúntele cuál es su entendimiento respecto de la condición que padece.**

## 2. Evaluación

- » **Obtenga una historia médica, historia de los síntomas que presenta, historia pasada e historia familiar, según corresponda.**
- » **Realice una evaluación física general.**
- » **Según sea apropiado, evalúe, atienda o remita cualquier condición médica concomitante.**
- » **Evalúe para detectar problemas psicosociales, observando los problemas en las relaciones sociales actuales y pasadas, las condiciones de vida y circunstancias financieras, y cualquier otro acontecimiento estresante en curso.**

### 3. Tratamiento y monitoreo

- » **Determine la importancia del tratamiento para la persona así como** también su disposición para participar en el tratamiento.
- » **Determine las metas para el tratamiento de la persona afectada y** realice un plan de tratamiento que respete sus preferencias de atención de salud (también las de sus cuidadores, si corresponde).
- » **De acuerdo con el paciente, diseñe un plan para la continuación y** seguimiento del tratamiento.
- » **Infórmele sobre la duración esperada del tratamiento, los posibles** efectos secundarios de la intervención, cualquier opción de tratamiento alternativo, la importancia de la adherencia al plan de tratamiento y sobre el probable pronóstico.
- » **Explíqueme las dudas e inquietudes** en relación con el tratamiento y comunique de manera realista las expectativas.

- » **Evalúe de manera continua los efectos y resultados del tratamiento**, las interacciones de los medicamentos (incluyendo interacciones con el alcohol, medicamentos adquiridos sin receta médica y medicinas complementarias/tradicionales) y los efectos adversos del tratamiento, ajustándolo según corresponda.
- » **Facilite las derivaciones a especialistas**, si están disponibles y según se requiera.
- » **Realice esfuerzos para relacionar a la persona con el apoyo** comunitario.
- » **Durante el seguimiento, evalúe las expectativas de la persona en** relación con el tratamiento, el estado clínico, la comprensión y la adherencia al mismo, y corrija cualquier concepto equivocado que se pueda tener al respecto.
- » **Aliente la autoevaluación de los síntomas y explique cuándo se debe** buscar atención inmediata en los servicios de salud.
- » **Registre en la historia clínica los aspectos claves de la relación de la** persona con su familia



# **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

- **Deben ser referidos de primer a segundo nivel de atención aquellos pacientes con trastorno de ansiedad con:**
- Dificultad o duda diagnóstica
  - Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia etílica y/o abuso de sustancias)
  - Ideación suicida
  - En caso de persistencia de síntomas a
  - pesar de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico por más de 12 semanas
  - Síntomas muy incapacitantes (adaptación social o laboral).

- En caso de ideación suicida hacer derivación urgente.

➤ **Se referirá de Segundo a Tercer nivel de atención a los pacientes que:**

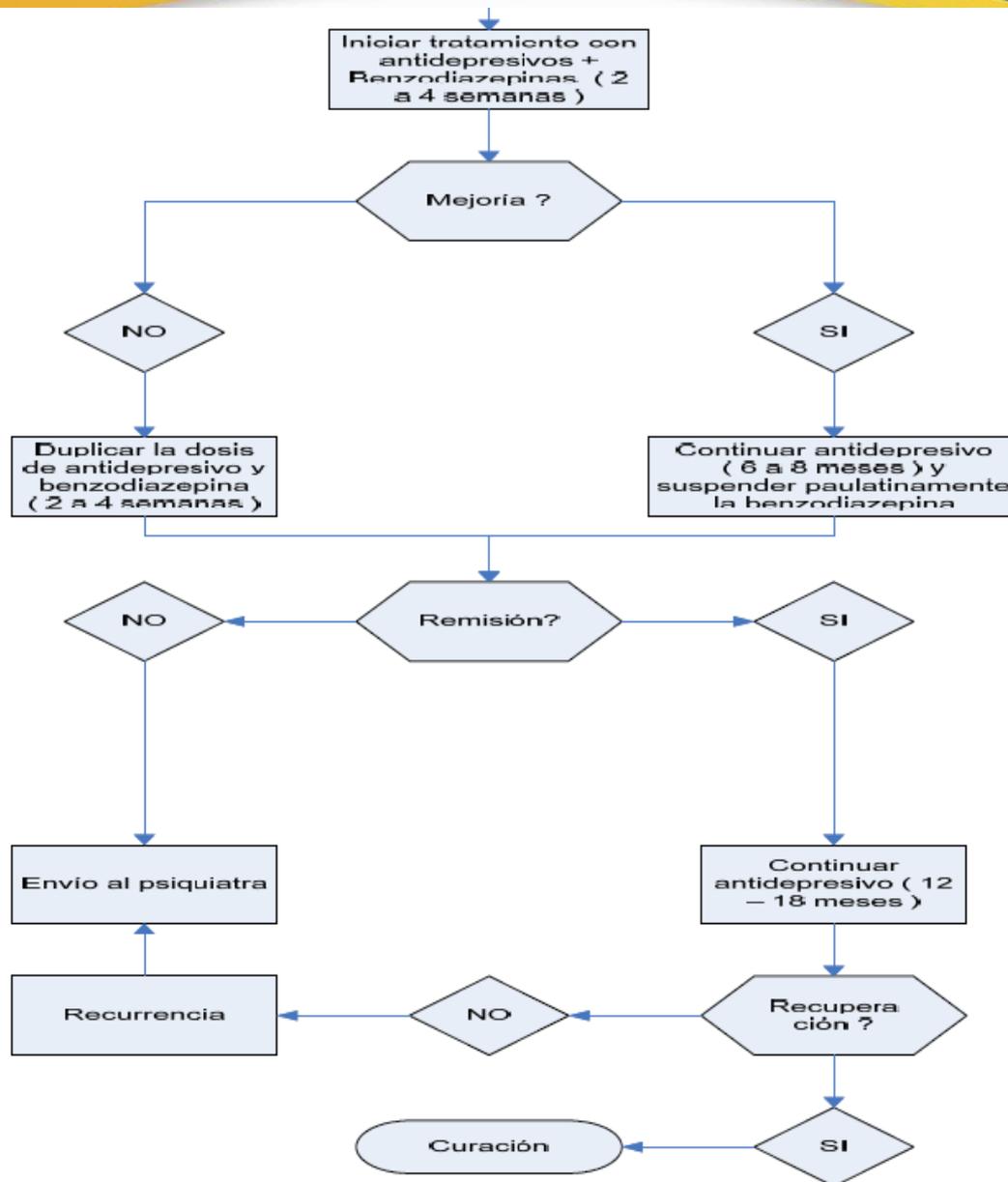
- Se haya descartado etiología física y no presenten síntomas de intoxicación con sustancia alguna
- Presenten trastorno severo de personalidad con alto grado de impulsividad y riesgo de autoagresión
- Presenten trastorno de ansiedad acompañado de síntomas depresivos con alto riesgo suicida
- Necesidad de manejo en ambiente controlado

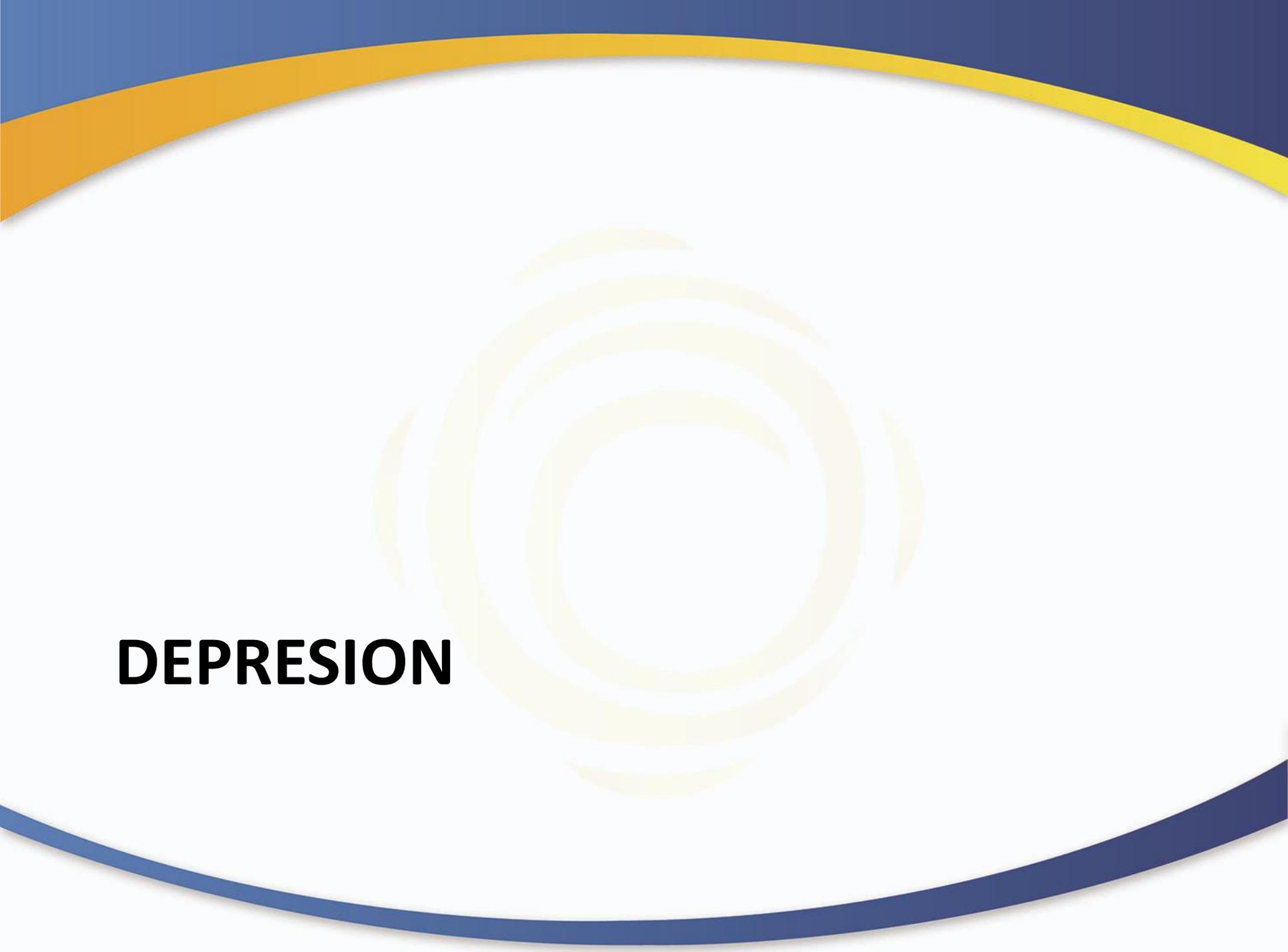
➤ **Se referirá de Tercer a Segundo nivel de atención a los pacientes que:**

- Hayan alcanzado la estabilidad clínica, en fase de continuación o mantenimiento.
- Con máximo beneficio al tratamiento.
- Buena Práctica

➤ **Se referirá de Segundo a Primer nivel de atención a los pacientes que:**

- En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación o mantenimiento.
- Con máximo beneficio al tratamiento.

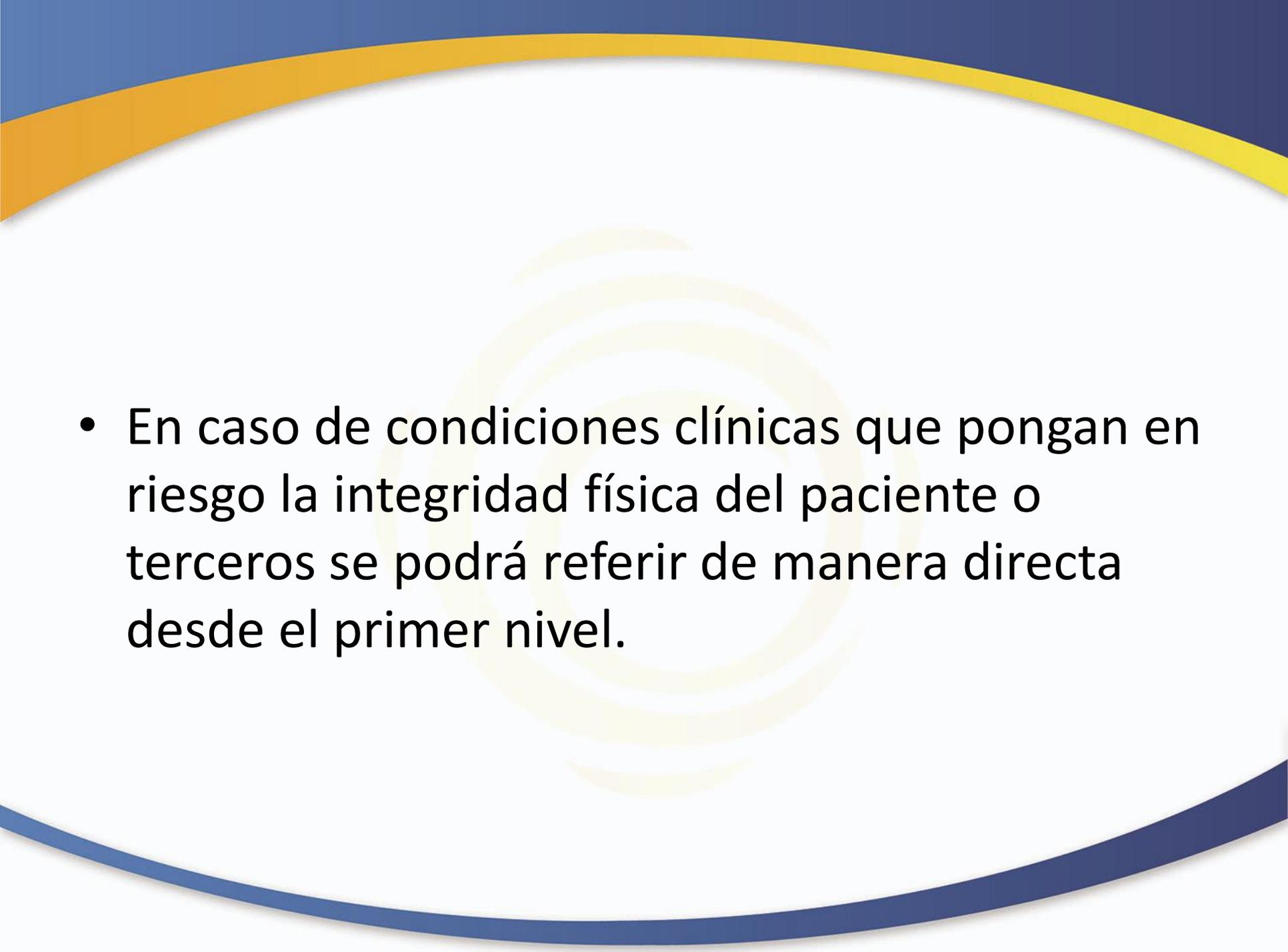




**DEPRESION**

## **CRITERIOS DE REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

- Enviar a todo adulto mayor que refiera o presente deficiente o nulo control del estado depresivo.
- Ante la presencia de diagnóstico de depresión mayor.
- Ante la recurrencia de episodios depresivos.
- Amenaza fehaciente o ideación suicida.
- Deficiente o nulo control farmacológico con los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores de la recaptura de serotonina existentes en el primer nivel.

- 
- En caso de condiciones clínicas que pongan en riesgo la integridad física del paciente o terceros se podrá referir de manera directa desde el primer nivel.

➤ **Se contra referirán de tercero a primer nivel pacientes en quienes:**

- Haya remitido la ideación suicida y alcanzado la remisión de síntomas agudos
- Haya remitido la sintomatología psicótica
- Pacientes con respuesta y estabilidad clínica en fase de continuación o mantenimiento.
- Pacientes con máximo beneficio al tratamiento
- Buena Practica

➤ **Se contra referirán de segundo a primer nivel, los pacientes:**

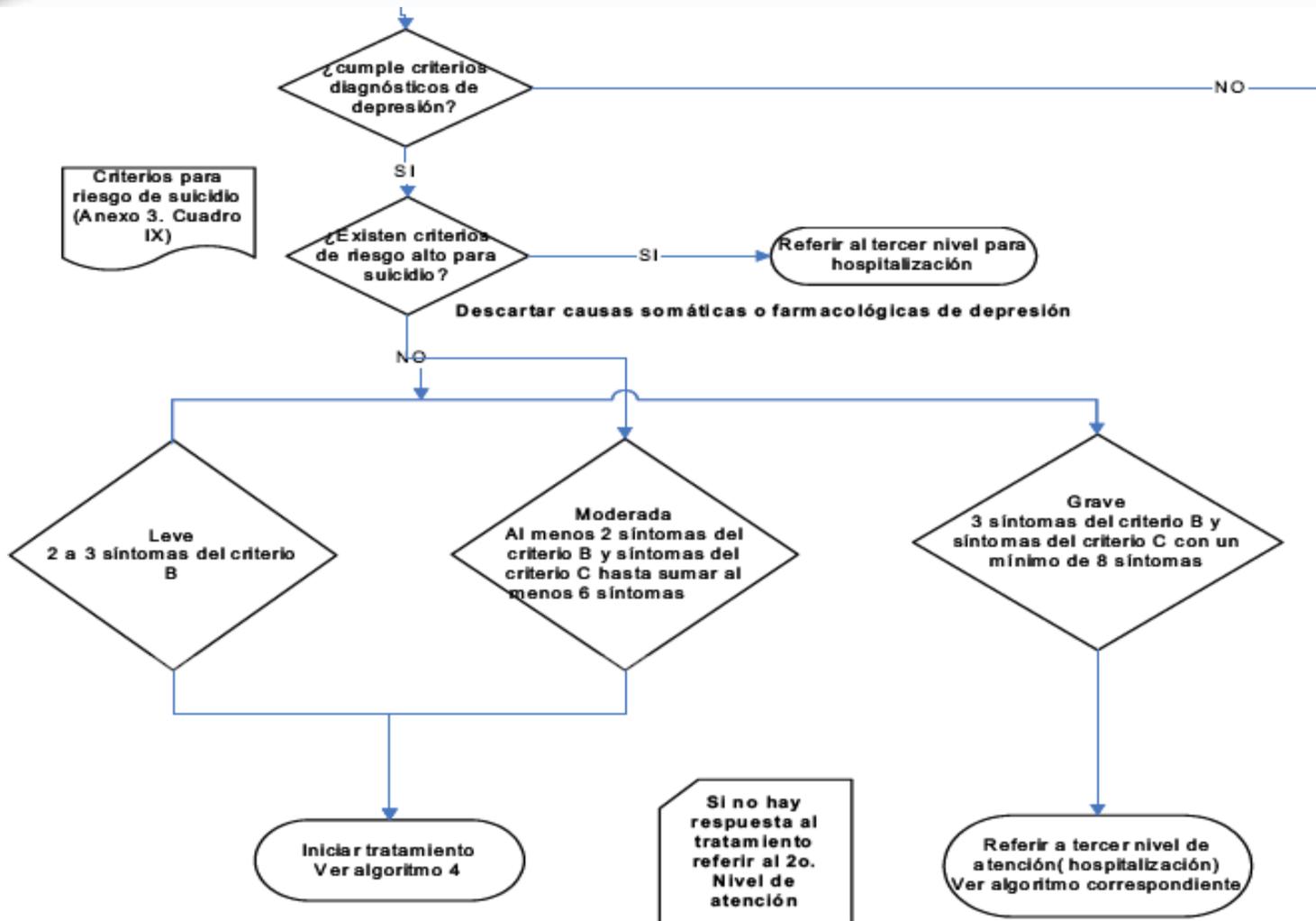
- En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación y mantenimiento.
- Pacientes con máximo beneficio

- El mantener un seguimiento estructurado favorece la adherencia al tratamiento, disminuir riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico

- Posterior a contrarreferencia de segundo o tercer nivel, se citará cada mes con el médico de primer nivel y cada 6 meses con el psiquiatra, o antes si se considera necesario por inminente riesgo de recurrencia o complicación del caso.
- Posterior al egreso hospitalario las citas se proporcionarán en períodos de hasta 15 días los primeros dos meses continuándose cada mes.

- Una vez que se obtuvo respuesta terapéutica, el paciente se referirá a grupo educativo, y de acuerdo a criterio clínico a grupo de ayuda mutua en la unidad de primer contacto.
- La respuesta terapéutica inicia a partir de la **segunda a tercera semana** de contar con tratamiento a dosis terapéutica, y la **remisión** puede presentarse hasta después de la *octava* semana.

- La **incapacidad** para el trabajo se considera como parte integral del tratamiento en aquellos casos que esta se justifica.
- La incapacidad laboral deberá considerarse, principalmente en depresión moderada a grave teniendo en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo.
- Se deberá reintegrar a su actividad laboral en el menor tiempo posible al lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera **importante con su desempeño**.



Paciente con depresión refractaria

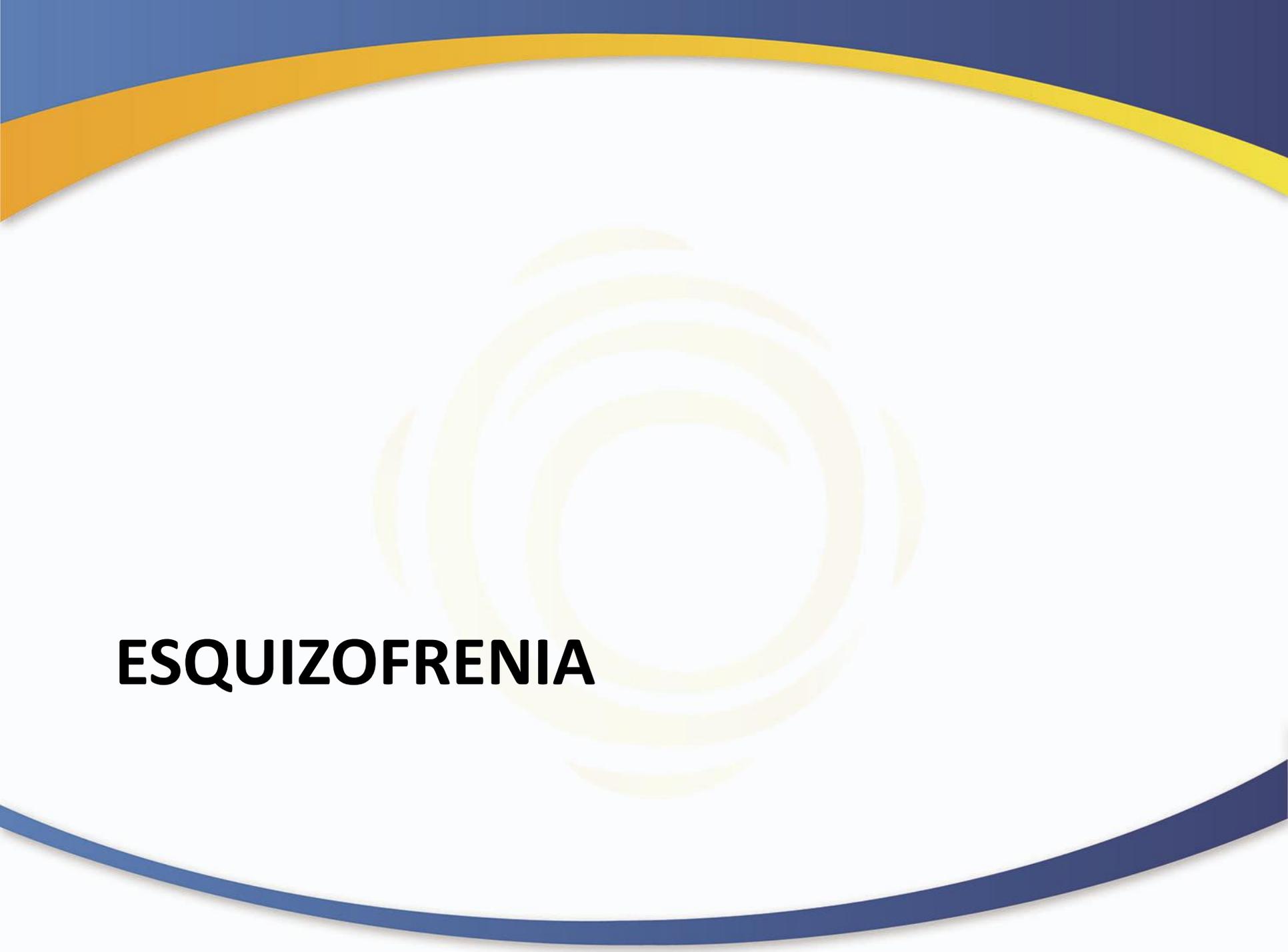
Adicionar al esquema antidepresivo fármacos como por ejemplo: carbonato de litio, metilfenidato, hormona tiroidea, anticonvulsivantes, antipsicóticos o manejar dos antidepresivos simultáneamente

¿Hay respuesta al tratamiento?

SI  
Valorar su alta Continuar con el tratamiento por el tiempo establecido de acuerdo a criterios vigentes (Anexo 3. Cuadro XI)

NO  
Referir al tercer nivel de atención si el paciente está manejado en el segundo nivel

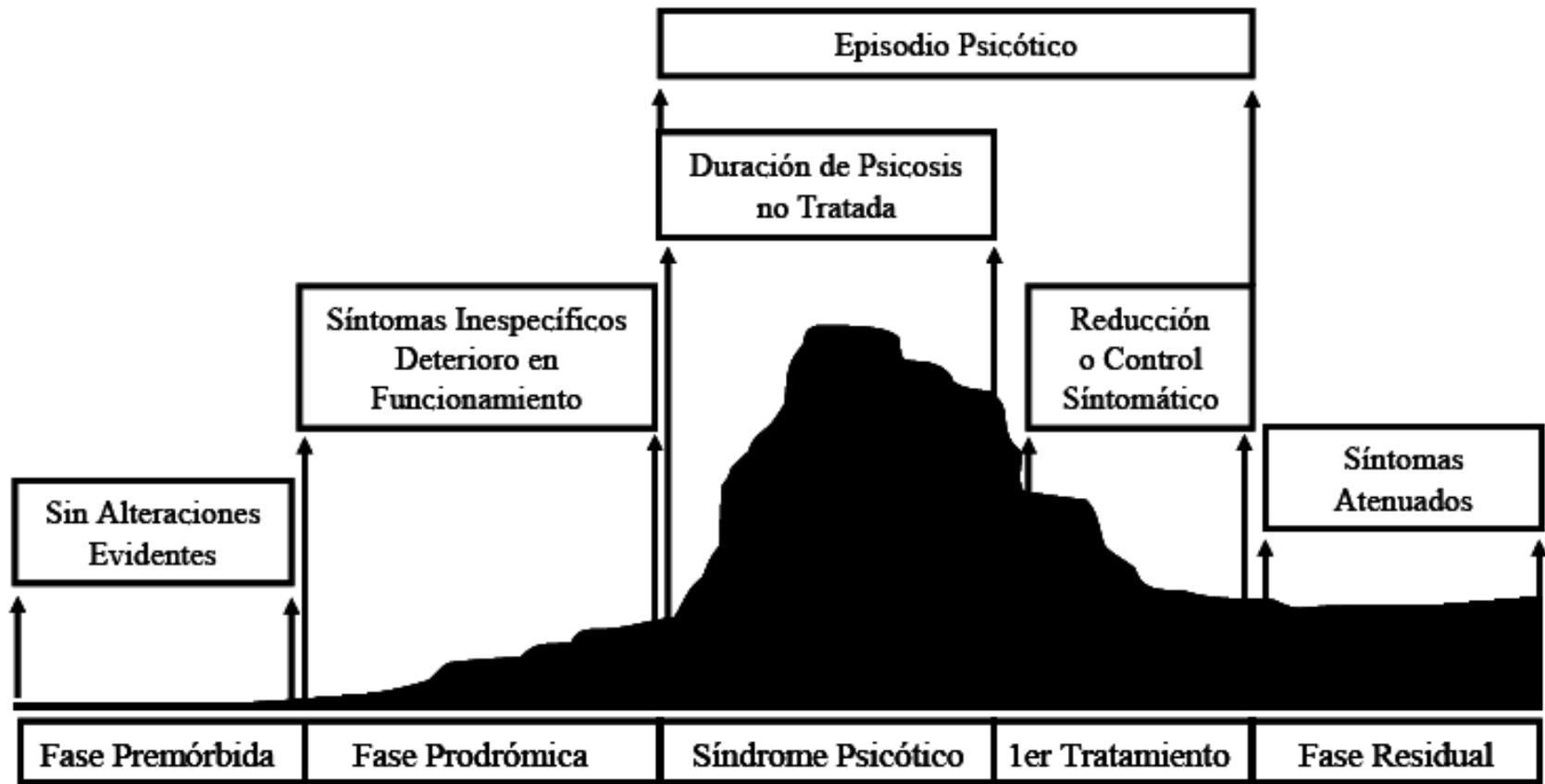
NO  
Valorar terapia electroconvulsiva (TEC) de acuerdo a criterios de selección (Anexo 3. Cuadro X)



# **ESQUIZOFRENIA**

## Tratamiento de mantenimiento y cuidados en la esquizofrenia crónica (all V-1):

- Activamente, mantener y alentar las actividades sociales y económicas, tales como el acceso a trabajo remunerado o a una pensión, actividades en el hogar y relaciones sociales. Atender cuestiones clínicas, tales como el apego al tratamiento, redes de apoyo familiar, síntomas depresivos, monitoreo del riesgo suicida y abuso de sustancias.
- En conjunto con el médico general, asegurar la realización de chequeos generales anuales, midiendo peso, presión arterial, perfil de lípidos, ECG y glucosa en ayunas. Además de medidas preventivas, tales como la detección de cáncer cervicouterino, mama, colon, piel y próstata.
- Alentar al paciente para que deje de fumar, reduzca el abuso de sustancias psicoactivas, y promover la actividad física y una dieta saludable.
- Supervisar regularmente la función sexual.
- Evaluar cada 6 meses la presencia de discinesia tardía.
- Evaluar los signos de remisión y valorar la necesidad de continuar con el tratamiento antipsicótico.
- Promover activamente el desarrollo y el mantenimiento del rol social significativo a través de la rehabilitación vocacional "in vivo".



# BIBLIOGRAFIA

- Enrique Baca Baldomero , Jerónimo Sáiz Ruiz , Alberto Porras Chavarino , **The detection of mental disorders by physicians who are not psychiatrists: usefulness of the PRIME-MD questionnaire**
- María del Carmen Lara Muñoz, Claudia Fouilloux, **¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Dónde debemos estar? El papel del psiquiatra en México. Análisis preliminar**, Salud Mental 2011;34:531-536
- Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada
- Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social, **La Salud Mental en México**
- Instituto Nacional de las Mujeres, **Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos**
- *Mario Souza y Machorroa, Domingo Lenin Cruz Morenob* , **Salud mental y atención psiquiátrica en México**, Revista de la Facultad de Medicina UNAM, Vol. 53, N.o 6. Noviembre-Diciembre 2010