Protocolo de Atención en Salud Mental a la Población Infanto-juvenil

# Protocolo de Atención en Salud Mental a la Población Infanto-juvenil

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala**

**Programa Nacional de Salud Mental**

**Guatemala, junio 2008**

## AUTORIDADES

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

**Dr. Celso Cerezo Mulet**
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Dr. Juan Felipe García**
Viceministro Administrativo

**Dr. Víctor Israel Guerra Velásquez**
Viceministro Técnico

**Dr. Ludwin Werner Ovalle**
Viceministro Hospitalario

**Dr. Rolando Beber**
Director General de Regulacion
Vigilancia y Control de la Salud

**Dra. Erika Stolz de Sobalvarro**
Jefa del Departamento de Regulación
de los Programas de Atención a las Personas

**Dra. María Alejandra Flores Gularte**
Coordinadora Programa Nacional de Salud Mental

## EQUIPO VALIDADOR

**Dra. Alejandra Flores**
Coordinadora Programa Nacional de Salud Mental

**Dra. Virginia María Ortiz Paredes**
Consultora / Médica Psiquiatra
**Psiquiatra Infanto-juvenil M.Sc.**

**Dr. Édgar Vásquez**
**Psiquiatra**
Coordinador de Psicólogos y Psiquiatras
DAS Guatemala Central

**Licda. Telma Fuentes**
Psicóloga
Centro de Salud No. 1

**Licda. Marline Paz**
Asistente Técnica Programa Nacional de Salud Mental

**Licda. Magdalena Chocoj**
Psicóloga Programa Nacional de Salud Mental

**Dr. Jorge Enrique Villar Anleu**
Psiquiatra Coordinador del Posgrado de Psiquiatría
HNSM-USAC

**Dr. Carlos Enrique Berganza**
Psiquiatra Infantil
Presidente Academia Guatemalteca
de Psiquiatría Infantil-Juvenil

**Licda. Cecilia Escobar**
Consultora OPS-OMS

**Protocolo de Atención en Salud Mental**
**a la Población Infanto-juvenil**

*Editado:*
Dra. María Alejandra Flores Gularte
Médica Psiquiatra
**Coordinadora del Programa Nacional de Salud Mental**
**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Dra. Virginia María Ortiz Paredes
Consultora/Médica Psiquiatra
**Psiquiatra Infanto-juvenil M.Sc.**
Guatemala

*Asesoría y Coordinación:*
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS
Organización Panamericana de la Salud-Guatemala-OPS
ASDI III

*Foto de portada:*
Femme au Pigeon, Pablo Picasso

*Cuadro contraportada:*
Pauldearlequin, Pablo Picasso

*Diseño de portada:*
Juan Carlos Aguilar

MAGNA TERRA EDITORES S.A
5a. avenida 4-75 zona 2, Ciudad de Guatemala
Teléfonos: (502) 2238-0175, 2250-1031,
Fax: (502) 2251-4048
Correos electrónicos: magnaterra@hotmail.com
magnaterraeditores@yahoo.com

# Índice

PRESENTACIÓN ..... 9

INTRODUCCIÓN ..... 11

CAPÍTULO I
MARCO LEGAL ..... 13
1. Constitución Política de la República de Guatemala ..... 13
2. Código de Salud de Guatemala ..... 14
3. Politicas de Salud 2004-2008 ..... 15
4. Política "Salud para la Adolescencia Y Juventud" ..... 16

CAPÍTULO II
MARCO CONCEPTUAL ..... 19
1. Historia de la Atención en Salud Mental Infanto-juvenil en Guatemala ..... 19
2. Definición de Niñez y Adolescencia ..... 20
3. Situación Actual de la Niñez y Adolescencia en Guatemala ..... 21
4. De la Prevención a la Atención ..... 23
5. Factores de Riesgo ..... 30
6. Factores Protectores ..... 33
7. Centros de Atención a la Niñez y la Adolescencia ..... 37
8. Impacto De la Violencia ..... 43

CAPÍTULO III
ALGORITMOS DE ATENCIÓN ..... 47
Entrevista Clinica Estructurada ..... 49
1. Crisis de Agresivdad ..... 52
2. Intento Suicida ..... 54
Criterios Absolutos de Ingreso para Intento Suicida en Niños y Adolescentes ..... 55
3. F50 Trastorno de Alimentación ..... 56
*Criterios de Ingreso ..... 57
Criterios Diagnósticos Según Cie-10 ..... 57
4. F90 Trastornos Hipercinéticos (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) ..... 59
Criterios Diagnosticos Según Cie-10 ..... 60
5. F32 Episodios Depresivos ..... 62
Criterios Diagnósticos Cie-10 ..... 64

BIBLIOGRAFÍA ..... 69

# Presentación

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social presenta el *Protocolo de Atención en Salud Mental a la Población Infanto Juvenil*, herramienta técnica de abordaje, que contribuye, a fortalecer y mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud.

La problemática de salud en la población Infanto juvenil, debe ser atendida como una prioridad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que tiene raíces profundas en conceptos y prácticas inequitativas, en condiciones de vulnerabilidad, que requieren de esfuerzos técnicos y políticos que institucionalicen las acciones de salud mental en la atención dirigida a la niñez y adolescencia.

El protocolo contiene un marco conceptual, el cual pretende sensibilizar respecto a las intervenciones oportunas, en forma preventiva, curativa y de recuperación, tanto por especialistas de salud mental, como por los equipos multidisciplinarios de salud.

Dentro de¡ proceso de implementación son necesarios los procesos de sensibilización y capacitación al personal de los diferentes niveles de atención de¡ Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, los cuales son inherentes a dicho proceso, para lograr la operativización efectiva a nivel nacional.

**Dr. Celso Cerezo Mulet**

**Ministro de Salud Pública y Asistencia Social**

# Introducción

Actualmente, en Guatemala la población infanto-juvenil representa el mayor porcentaje de la población del país. El fenómeno de descomposición social que vive actualmente el país, requiere implementar planes de acción tendientes no sólo a la atención sino también a la prevención de los problemas de salud mental que afectan a este grupo etario.

Dado que existe una deficiencia en el número de profesionales preparados para atender a esta población (concentrados todos en la ciudad capital) en lo que a salud mental se refiere, es necesario hacer énfasis en un sistema integral de salud que incluya desde la prevención hasta la atención. Así también protocolizar determinados procedimientos asistenciales facilita que el abordaje de la enfermedad mental en el niño (a) y el y la adolescente esté dada a partir de una atención de calidad, aun cuando no sean profesionales de la salud mental quienes brinden la primera atención.

Existe una importante precariedad en relación con la población Infanto-juvenil y sus familias, tanto por falta de recursos y de personal, así como por la ignorancia que se tiene en relación con el problema. Asociado a esto, no existe una especialidad que forme profesionales en Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, siendo el pediatra, el neurólogo, el psiquiatra y el psicólogo de adultos el que atiende estos casos.

Para los niños (as), adolescentes y sus familias es complicado encontrar una atención especializada debido a la falta de personal, no existe un protocolo que oriente la actuación, el diagnóstico y tratamiento, y van a parar a manos de otros especialistas quienes en su mayoría no están capacitados para brindar la adecuada atención. Como consecuencia el pronóstico para estos niños (as), adolescentes y sus familias es malo. Cuando el problema sobrepasa a la familia y la sociedad, terminan en centros de detención, intentos de suicidio, consumo de sustancias o en el Hospital Psiquiátrico, al alcanzar la mayoría de edad. La familia en la mayoría de los casos se desestructura, siendo frecuentes los divorcios, separaciones, violencia intrafamiliar, y al final, terminan con trastornos psiquiátricos asociados.

La Salud Mental Infanto-juvenil tiene su razón de ser en la medicina preventiva, dado que la mayoría de trastornos mentales del adulto tienen su inicio en la niñez y la adolescencia, teniendo buen pronóstico si se abordan de manera temprana y adecuada en su etapa de inicio. Sin embargo, éste es un tema, como muchos otros en Salud Mental, que no se abordan dado que se considera a la familia como la única responsable del niño (a) y adolescentes y no a la sociedad en su conjunto.

En líneas generales los Protocolos son instrumentos cuyo contenido está formado por directrices técnicas elaboradas para ayudar al profesional en la toma de decisiones ante situaciones clínicas concretas. En este caso la elaboración de un protocolo para la atención ambulatoria y hospitalaria de pacientes (niños (as) y adolescentes) tiene la finalidad de proporcionar un instrumento válido que facilite, homogenice y disminuya la variabilidad en la toma de decisiones entre los distintos dispositivos sanitarios, implicados en la atención de esta población.

# Capítulo I
# MARCO LEGAL

## 1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

**Artículo 51. Protección a menores y ancianos**. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

**Artículo 56. Acciones contra causas de desintegración familiar**. Se declara de interés social, las acciones contra el alcoholismo, la drogadicción y otras causas de desintegración familiar. El Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad.

**Artículo 93. Derecho a la Salud**. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

**Artículo 94. Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social**. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

**Artículo 98. Participación de las comunidades en programas de salud**. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

## 2. CÓDIGO DE SALUD DE GUATEMALA

**Articulo 1. Del Derecho a la Salud**. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

**Artículo 2. Definición.** La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

**Artículo 4. (Reformado por el Artículo 1 del Decreto Número 53-2003, del Congreso de la República) Obligación del Estado.** El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social.

**Artículo 6. Información sobre salud y servicios.** Todos los habitantes tienen en relación con su salud, el derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre

los riesgos relacionados con la pérdida de la salud y la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho.

## 3. POLÍTICAS DE SALUD 2004-2008

1. Fortalecimiento del papel Rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención.
3. Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de las competencias, responsabilidades, recursos y poder de decisión a las áreas de salud y hospitales.
4. Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
5. Modernización del sistema de gestión administrativo-financiero y de planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como elemento básico de apoyo a la prestación de servicios de salud.
6. Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud.
7. Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.
8. Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud.

## 4. POLÍTICA "SALUD PARA LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD"

Dentro de los ejes estratégicos de la Política de Salud para la Adolescencia y la Juventud, se contemplan como eje integral, la Salud Integral y Diferenciada para los y las Adolescentes y los Jóvenes, teniendo como objetivo procurar la salud integral de la adolescencia y juventud, con el fin de garantizarle el alcance de un bienestar bio-psico-social, dentro de un medio y contexto humano sano, respetando sus calidades de género, etnia, cultura y lengua, para su desarrollo. Dentro de las acciones que se contemplan, se encuentra la Salud Mental, prevención de alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y otras adicciones. Articulación de los servicios tradicionales, atención a grupos vulnerables, acceso a medicamentos y medicinas tradicionales, ampliación de coberturas y fortalecimiento institucional, formación y desarrollo del recurso humano en salud de la adolescencia y juventud y vigilancia epidemiológica, entre otras. Estas últimas, de particular interés para nosotros, dado que es necesario formar recurso especializado para atender a este grupo de población que hasta la fecha ha sido desatendido en lo que a Salud Mental se refiere, así como la vigilancia epidemiológica, necesaria para tener un mejor control y seguimiento, dado que la salud mental en la niñez y la adolescencia, deben entenderse a partir de una perspectiva de prevención.

Así también, dentro de los ejes específicos de esta política, se contemplan, dentro de salud para la paz, la recreación, la prevención de la violencia, individual, familiar y colectiva, resolución no violenta del conflicto y convivencia pacífica, atención a las víctimas de posguerra, atención a la discriminación, al racismo y exclusión, ampliación de coberturas, fortalecimiento a la calidad y calidez en la atención, todas éstas íntimamente relacionadas con la atención en salud mental. Por otro lado, también se contempla la Salud en Factores de

Riesgo de la Adolescencia y Juventud, en la que su objetivo es prevenir y atender de manera emergente y oportuna las enfermedades o los desequilibrios físicos, psíquicos y sociales, con probabilidades de ocurrencia en los y las adolescentes y jóvenes.

Otro de los ejes fundamentales, el de Salud y Seguridad Ocupacional de la Adolescencia y Juventud, tiene por objeto preservar la integridad física, mental y social requerida por los y las adolescentes y jóvenes en su derecho a la vida, su crecimiento y desarrollo, bajo los derechos de la protección íntegra, la prevención y atención de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, y procurarles un ambiente laboral sano y productivo para su propia realización dentro del marco de una vida digna.

# Capítulo II
# MARCO CONCEPTUAL

## 1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN GUATEMALA

Es importante hacer notar que la atención especializada para los trastornos mentales de niños y adolescentes en América Latina es muy reciente, remontándose la primera Unidad Psiquiátrica Infanto-juvenil a Brasil, en 1929, cuando se dio una división en el hospital psiquiátrico de Sao Paulo en donde se atendían especialmente niños con retraso mental. En Perú, la primera clínica ambulatoria de atención neuropsiquiátrica se creó en 1938 y en 1940; en Uruguay se desarrolló la primera policlínica de atención médica-psicológica, en una unidad de pediatría.

En Guatemala, la atención psiquiátrica a niños y adolescentes está aún sin un pleno ni adecuado desarrollo. Existen únicamente 6 psiquiatras Infanto-juveniles, formados fuera del país, de los cuales uno trabaja en el ámbito institucional, en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, y otro en el Instituto Guatemalteco del Seguro Social.

A finales de la década de los años 40 del siglo pasado, se inició la atención a infantes y adolescentes creándose una Unidad de Salud Mental Infantil lo cual se continuó como un servicio prestado en el Centro de Salud no. 1.

Hace unos años se hizo un intento de atención en el Hospital Roosevelt, en donde los residentes del posgrado de Psiquiatría del Hospital Nacional de Salud Mental, de la Universidad de San Carlos, rotaron durante en el servicio de Pediatría del mismo hospital, sin embargo, esto no pudo ser formalizado dado que no se contaba con un especialista que supervisara a los residentes en su rotación. Actualmente el Psiquiatra de la Unidad de Adultos del mismo hospital atiende pacientes a partir de los 12 años en dicha unidad, dado que no existe una Clínica del Adolescente en donde este grupo etáreo sea atendido adecuadamente.

El Hospital Nacional de Salud Mental, atiende pacientes a partir de los 18 años; sin embargo, en algunos casos son ingresados adolescentes partir de 15 años, situación que pone en riesgo la vida de estos menores ante al agresividad de pacientes adultos, dado que no existe un área específica para su atención, haciendo evidente la debilidad del sistema de salud en tanto aún no se refiere a estos menores adolescentes al área de salud mental Infanto-juvenil del Hospital General San Juan de Dios, para su adecuado tratamiento por personal especializado en la Psiquiatría Infanto-juvenil.

## 2. DEFINICIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

El concepto de Adolescencia sigue siendo difícil de definir debido a que existe una incidencia cualitativa que se refiere a cultura, roles, cambios psíquicos, biológicos, físicos, aspectos legales, y una diferencia cuantitativa por rango de edad que debe establecerse demográficamente.

UNICEF y OMS considera el rango de los 0 a 14 años como niñez, de los 15 a 18 como adolescencia y a su vez define el rango de 15 a 24 años como juventud. Estos rangos son utili-

zados por OPS/OMS, derivado de los Convenios 138 y 182 de la OIT, que también han sido ratificados por Guatemala.

El Ministerio de Salud Pública, considera al adolescente y joven como un recurso estratégico para el desarrollo del recurso humano que contribuye al desarrollo económico y social del país, por lo que su abordaje debe hacerse con medidas de promoción y participación.

## 3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN GUATEMALA

Dados los altos índices de fecundidad que se registran en el país, Guatemala posee una estructura de población joven. Según el Instituto Nacional de Estadística,[1] el 54% de la población está constituida por menores de 18 años. Las proyecciones realizadas para los quinquenios 2010-2015 y 2020 estiman que el porcentaje de la población de 10 a 14 años será de 12.77% y de 11.66%, respectivamente,[2] concentrándose ésta predominantemente en el área rural.

Situación importante a considerar es la migración interna que se da especialmente hacia la capital dado el difícil acceso a los centros de salud, en donde el único espacio para atender los trastornos mentales comunes de la población Infanto-juvenil se encuentra en el Hospital General San Juan de Dios, que brinda desde atención ambulatoria (consulta externa) hasta emergencias y hospitalización, a pesar de todas las limitantes que se tienen en un sistema de salud no adecuado para atender a este tipo de pacientes, dado que el IGSS sólo atiende pacientes infantiles hasta los 5 años.

---

1 INE estimaciones de población 1990-2010.

2 Hidalgo E. *Informe sobre la elaboración de indiciadores para la política de salud para la adolescencia y la juventud*. OPS-MSPAS. 2005, p. 13.

Este grupo etario en el país enfrenta otro serio problema con el abuso y consumo de drogas. Las de mayor uso entre la población comprendida de los 12 a los 18 años de edad son: alcohol (71.5%), cocaína (2.2%), marihuana (8%), tabaco (32.3%) estimulantes (17.8%), tranquilizantes (63.5%) e inhalantes (10.6%), de éstos, el 52.2% eran masculinos. Por grupos de edad, acumulado desde 1984 a finales de septiembre de 2002, se registró el 25.13% de casos en el grupo etareo entre los 10 a 24 años.

En relación con la epidemiología de los trastornos mentales en Guatemala, desafortunadamente no existen datos exactos en relación con éstos, debido a que los sistemas de registro no los toman en cuenta para el control epidemiológico; sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud,[3] cerca de 20% de niños y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental y sufren el estigma social y la discriminación que acompañan a este tipo de padecimiento.

Otra situación a tomarse en cuenta son los escasos recursos invertidos por el país en lo que a atención en salud mental se refiere. Según el Proyecto Atlas de la OMS[4] realizado en el año 2005, únicamente corresponde para salud mental el 0.9% del porcentaje del presupuesto sanitario total, con tan sólo 0.4 camas para pacientes con trastornos psiquiátricos por cada 10,000 habitantes y únicamente 0.5 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. Lo que nos da una idea de lo abandonada que está la atención en salud mental en nuestro país además de la evidente escasez de especialistas en esta área.

---

3 World Health Organization. *Child an adolescent mental health policies and plans*. Geneva: WHO; 2002.

4 Kohn *et al*. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública 18 (4/5), 2005 p. 238.

# 4. DE LA PREVENCIÓN A LA ATENCIÓN

Uno de los mayores problemas en relación con la atención en salud mental de niños y adolescentes es la falta de capacidad para determinar que la morbilidad y los costos a largo plazo, asociados a los trastornos mentales infanto-juveniles, merecen la misma atención y asignación de recursos que las enfermedades infecciosas. Asimismo, el aumento de discapacidad aportado por las enfermedades mentales se debe en parte a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas, asociado a un cambio en la estructura poblacional, en la que mayor número de personas alcanza la edad que las coloca en riesgo de sufrir trastornos mentales en la edad adulta.[5]

Para comprender mejor esto, definiremos "sistema de salud". En su concepción más rudimentaria entendemos que "cuidado" no implica únicamente una forma de tratamiento, entiéndase hospitalización, y que un sistema implica que existe más de una forma de atención, desde la menos restrictiva basada en la familia y la comunidad, hasta la más restrictiva, la atención hospitalaria.

El área geográfica cubierta por un "sistema" puede ser tan pequeña como la propia comunidad o tan grande como una ciudad; sin embargo, la forma usual de concebir un sistema en salud mental es considerar que el punto de inicio es la consulta externa para la atención ambulatoria, pudiendo ésta estar dentro de una escuela, una clínica o un hospital. La siguiente etapa incluye el cuidado parcial que implica un tratamiento especializado durante el día, generalmente sacando al niño

[5] Kohn *et al*. *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública 18 (4/5), 2005, p. 230.

de su medio escolar habitual de manera que se le tenga en un lugar en el que se comparte el tiempo brindándole tanto tratamiento como educación. Por último están las unidades de hospitalización en donde de distintas maneras el paciente ingresado recibe tratamiento especializado.

Se asume que en un sistema en el que se brindan algunas formas de facilidad para que el paciente pase de uno a otro servicio, se da mediante un continuo entre cada una de éstos; sin embargo, en Guatemala existen todas las limitantes para que esto pueda llevarse a cabo; por ejemplo, la falta de fondos para la atención en la prestación de cada uno de estos servicios, la escasa formación de personal en atención de trastornos mentales de niños y adolescentes, la poca colaboración entre el personal de salud para referir y contrareferir los casos de un área a otra, la imposibilidad de compartir entre los diferentes servicios las historias de los pacientes por un deficiente sistema informático, lo que además se complica por conservar la confidencialidad de cada caso.

Desde hace años se reconoce la importancia de contar con la información local necesaria para orientar las acciones de los trabajadores sanitarios en su actividad cotidiana y la gestión local dirigida a reducir las desigualdades en salud;[6] sin embargo, en Guatemala esto es aún futuro, por lo que es necesario enfatizar la necesidad de una interconexión como primera opción de los sistemas de salud existentes con otros agentes que deberían estar involucrados dentro de una red de atención que incluiría actores locales, instituciones gubernamentales, religiosas, ONG y organismos de cooperación internacional, entre otros, de manera que permitan mayor flexibilidad que redunde en una mejora de atención para el

[6] Alazraqui *et al*. *Desigualdades en salud y desigualdades sociales*. Pan Am J Public Health 21(1), 2007, p. 2.

niño, el adolescente y su familia. Esto es importante dado que el conocimiento de la distribución espacial de los eventos de salud y de las condiciones locales de vida ayuda a definir políticas y acciones específicas y a la toma de decisiones basadas en la situación real de la localidad.

En un continuo de atención el sistema debe estar en capacidad de brindar el servicio en salud mental a los pacientes de este grupo etario, de acuerdo a su condición clínica particular, en cualquier situación que así lo requiera de manera que el sistema debe permitir y poner a disposición esta atención en cualquier momento de la enfermedad del niño o el adolescente. La ventaja de este *continuum* es que se le pueden dar al paciente, a su familia y al clínico las opciones de intervención que generen menos factores de estrés asociados al trastorno mental. Tenemos así, por ejemplo, que en el caso de un adolescente con intento suicida e historia de depresión en la que está indicado el internamiento se le pueda dar además apoyo familiar y posteriormente seguimiento de forma ambulatoria. En otros casos en los que está de por medio una enfermedad somática, el *continuum* incluye la consulta al pediatra o, si está ingresado en una unidad pediátrica, la consulta al psiquiatra infanto-juvenil. Podríamos poner más ejemplos como éstos; sin embargo, en este momento, lo importante es crear conciencia en las autoridades responsables de la necesidad que existe no sólo de generar estos espacios en el sistema de salud, sino también de la necesidad de formación de personal capacitado para la atención de estos casos.

Es evidente que al no existir una política nacional que dé prioridad a la atención a los problemas de salud mental de la población Infanto-juvenil, los escasos servicios de salud para la atención de este grupo etario son totalmente vulnerables. Una adecuada política debería desarrollar la integración de equipos multisectoriales y multidisciplinarios, tal como lo vi-

mos anteriormente, así como programas de investigación dirigidos en este caso a la población de niños y adolescentes.

Esencial es el desarrollo de servicios para niños con trastornos mentales a partir de las garantías recogidas en la Convención de Naciones Unidas acerca de los Derechos del Niño. Esto es particularmente necesario en países como el nuestro, en el que las necesidades de atención en salud mental se dan en grupos etarios jóvenes.

Mientras lo deseable es que nos enfoquemos en los aspectos positivos de los sistemas de salud, la realidad nos demuestra lo importante que es hacer notar las barreras para la atención de estos problemas en los sistemas de salud. De estas barreras invisibles el estigma del trastorno mental y la falta de políticas adecuadas, son las más dominantes. Otras barreras se dan por ignorancia de la etiología de la enfermedad y el tratamiento que se debe dar a los niños y adolescentes con trastornos mentales. De manera que los factores objetivos o subjetivos, siguen siendo una causa en todas las sociedades, que limitan el acceso a los servicios de salud.

A partir de esto se hace evidente que en nuestro país deben tomarse ciertas acciones para establecer un adecuado trabajo que permita desarrollar un sistema de salud que cubra las necesidades de nuestra población joven. Dentro de los puntos más importantes a incluir deberían estar: la educación, reducir el estigma, el desarrollo de políticas adecuadas, así como incrementar el poder del Programa Nacional de Salud Mental que le permita implementar acciones y el desarrollo de servicios. El Estado debería descentralizar los servicios de salud mental, además proveer la estructura física y puntos de acceso cercanos a las comunidades, así como crear una sinergia entre los métodos de atención modernos y tradicionales de atención de los problemas mentales. Por otro lado buscar

el financiamiento para la creación de nuevos servicios y finalmente establecer los mecanismos para el sostenimiento de los mismos.

Otra situación que debe preocupar a las autoridades y es motivo de reflexión, es la ausencia de registros epidemiológicos necesarios para que los planificadores en salud conozcan las necesidades de atención en salud mental que requiere la población Infanto-juvenil del país. Esto como consecuencia conlleva a que los sistemas de atención no se desarrollen tomando en cuenta las necesidades actuales de salud mental de los niños y adolescentes del país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la necesidad de mejorar la obtención de datos de los trastornos mentales de la población infanto-juvenil.[7]

La importancia de los servicios de atención primaria a este nivel no tiene discusión, especialmente en áreas rurales y marginales donde no existe un centro especializado y es el médico o enfermera del puesto o centro de salud quien brinda la primera atención, que puede ir desde un sencillo control de crecimiento y desarrollo hasta problemas de violencia. Esta situación puede presentar ciertas ventajas tales como la no estigmatización que los servicios psiquiátricos traen consigo, y los pacientes y su familia prefieren esta situación. Debe por lo tanto considerarse la importancia de desarrollar la interconsulta, referencia y contrarrefrencia entre estos sistemas de atención primaria y la consulta psiquiátrica para el niño y el adolescente. El trabajo en el primer nivel de atención debería estar enfocado a la detección de casos psiquiátricos, la prestación del manejo psiquiátrico en el nivel primario, la educación en salud pública del manejo de la atención primaria para

---

7 Belfer M Systems of Care: A Global Perspective. En: *Facilitation Pathways. Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Remschmidt, Belfer, Goodyer (Eds.) p. 20.

estos casos, así como también intervenciones con grupos de riesgo.

Tal como mencionamos al inicio de este trabajo, en Guatemala carecemos de datos estadísticos en relación con la consulta en la población Infanto-juvenil; sin embargo, estudios realizados en otros países coinciden en que del 2 al 5% de pacientes que consultan a un servicio de atención primaria o al pediatra cursan con problemas psicológicos tales como ansiedad, trastornos de conducta, hiperactividad, así como también problemas sociales y educativos, entre otros.[8]

Definitivamente el reconocimiento de trastornos psiquiátricos en el niño y el adolescente es un requisito que debe cumplir el trabajador de atención primaria para poder dar una adecuada atención en salud mental a esta población; sin embargo, ésta es una situación complicada dado que muchas de estas consultas llegan por primera vez con una presentación muy leve, difíciles de reconocer para el médico, enfermera o personal de salud no entrenado. Al momento en que los trabajadores de salud de atención primaria tengan la habilidad para detectar y manejar estos casos se empezará a ver el impacto en los cambios de atención a esta población y por ende la reducción de costos que esto conlleva.

Dentro de las situaciones que el trabajador del primer nivel debe ser capaz de distinguir y reconocer es importante[9] determinar a cuál de las siguientes etapas corresponde cada caso:

1. El problema actual no es serio y es comprensible a partir de los cambios ambientales y vulnerabilidades intrínsecas, que pueden resolverse espontáneamente.

---

8 Garralda m. Primary Health Care Psychaitry. En: *Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M y Taylor E, eds. 4th. Edition. Blackwell Publishing. India, 2004 p. 1091.

2. Aunque necesita atención y puede generar problemas, su origen es transitorio.
3. Es necesario referirlo al especialista.

En el momento en que el trabajador de salud pueda reconocer estos tres puntos será mucho más fácil iniciar un trabajo en el nivel de prevención, en lo que a trastornos mentales de la población infantil y adolescente en Guatemala se refiere.

A pesar de que la atención primaria debe darse formalmente en el nivel de trabajadores de salud con pertinencia cultural, importante es contar con la colaboración de los padres, familiares, autoridades escolares, maestros (as) y otros actores comunitarios, creando programas que sean comprensibles y fáciles de aplicar. Arroyo[10] propone las siguientes características que deben ser incluidas para el éxito de estos programas:

1. Aceptables, tanto para los participantes como para los receptores. Ambos deben estar de acuerdo con la planificación y el desarrollo de los programas.
2. Simples, comprensibles para todos y con las responsabilidades especificadas para cada uno.
3. Adecuadas, para lograr los objetivos del programa.
4. Factibles, realizadas con técnicas apropiadas y a un costo que el programa pueda sufragar.
5. Registradas, para poder utilizarlas posteriormente para el monitoreo y la evaluación de los programas.

---

9 Garralda m. Primary Health Care Psychaitry. En: *Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M y Taylor E, eds. 4th. Edition. Blackwell Publishing. India, 2004 p. 1097.

10 Arroyo J. Programas de Salud Mental del Niño en el Nivel Comunitario. En: *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Serie PALTEX. I. Levav Ed. OPS/OMS 1992.

6. Evaluadas, como una forma de reorientar la planificación, modular el proceso y valorar el impacto, sentando las bases para realizarlas de modo eficiente.

De esta manera, es más fácil orientar los programas a los grupos que presenten mayor riesgo o interés para la comunidad, de acuerdo con las prioridades establecidas previamente.

## 5. FACTORES DE RIESGO

El modelo ecológico[11] organiza los factores de riesgo y factores protectores en distintos niveles de acción, de manera que permite comprender que éstos se dan como resultado de una acción entre factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

Un factor de riesgo es una característica del individuo y/o de su ambiente y debe seguir los siguientes criterios:[12]

1. El factor debe estar presente antes del inicio del trastorno.
2. Incrementa la probabilidad de un trastorno a futuro en individuos expuestos al factor, comparado con aquellos que no han sido expuestos.

Así también se han identificado factores de riesgo específicos para desórdenes psiquiátricos, los cuales se han agrupado en cinco niveles:[13]

---

[11] Tema 1: *Violencia Juvenil: epidemiología y marco conceptual*. Instituciones responsables: Programa de Salud del Adolescente. Cooperación Técnica Alemana. OPS. GTZ. Lima, Perú; Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos; Pontificia Universidad Católica de Chile.

[12] Offor D; Bennett K. Prevention. En: *Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M y Taylor E, eds. 4th. Edition. Blackwell Publishing. India, 2004. p. 883.

[13] idem 6.

1. Características individuales: identifica los factores biológicos y personales.
2. Factores parentales y familiares (psicopatología en padres, problemas maritales, estatus económico).
3. Características del grupo social (delincuencia).
4. Características escolares (liderazgo, rendimiento académico).
5. Características de la comunidad y el vecindario (barrios marginales o pobres, red de apoyo social). Identifica las características de estos ámbitos, la movilidad de residencia, la heterogeneidad y la densidad de población, entre otras.

La posibilidad de presentar un trastorno es dependiente de factores de riesgo existentes que se acumulan a lo largo del tiempo. Se considera que existe mínimo riesgo cuando están presentes uno o dos factores, mientras que la existencia de tres o más factores incrementan el riesgo significativamente. Éstos no son específicos para predecir la presencia de determinada patología mental, pueden ser asociados con uno u otro trastorno.

En muchas ocasiones las situaciones de competencia y/o sobrevivencia a las que se ve sometido el niño y el adolescente son causa de trastornos psicosomáticos (dolor abdominal recurrente, cefaleas, problemas respiratorios) que se dan especialmente en períodos de transición psicosocial, tal como sucede durante la adolescencia en donde al no recibir apoyo adecuado de la familia y la escuela, el o la joven tienden más adelante a ser presa de la presión del grupo. Por esto en países en desarrollo como el nuestro es importante situarnos dentro de los cinco niveles mencionados anteriormente. Un alto porcentaje de la población Infanto-juvenil en Guatemala crece y se desarrolla en circunstancias intolerables, víctimas

de la violencia común, las maras, la explotación laboral infantil, niños de la calle y madres adolescentes con una escasa red de apoyo social, lo que les lleva a exponerse prematuramente al sexo sin protección, crimen, drogas y violencia,[14] aunado a los desastres naturales que se presentan cada vez con más frecuencia, dejando como consecuencia a esta población desprotegida, en muchos casos en la orfandad. Esto implica para el país el compromiso de verdaderos cambios sociales donde el bienestar de este grupo de población se convierta en una prioridad de manera que se logren prevenir, disminuir y abordar los factores de riesgo.

Aunque la falta de profesionales en esta área no se considera como factor de riesgo dentro de los mencionados anteriormente, debe tenerse presente que siendo el médico de atención primaria, la enfermera o el pediatra quienes ven por primera vez a un paciente de este grupo etario, la falta de experiencia para detectar problemas de salud mental en el niño y el adolescente, constituyen también un factor de riesgo, dado que se da un subdiagnóstico del trastorno y tanto el paciente como su familia no reciben la atención ni el tratamiento adecuado en el momento en que se inicia la enfermedad. Esto asociado como consecuencia a un subregistro, no permite identificar en Guatemala los factores de riesgo reales, teniéndonos que basar en datos de otros países para establecer algunos programas preventivos.

[14] Berganza C. *Psiquiatría Infantil en América Latina: gran demanda*. Psiquiatría y Salud Integral; 2002; 2 (4): 12.

# 6. FACTORES PROTECTORES

Éstos preceden la ocurrencia del trastorno y pueden reducir su probabilidad en presencia de un factor o una situación de riesgo. Algunos propuestos como posibles factores protectores son las características del individuo, su relación con otros y las características de su ambiente. A continuación se describen de acuerdo con el ciclo vital de la infancia y la adolescencia.

## ATENCIÓN EN EL PERÍODO PRENATAL

Dado que sabemos que, en la forma en que las estructuras biológicas determinan el crecimiento y desarrollo futuro del sujeto, en las características y el funcionamiento del sistema que lo recibe y en el afecto mediante el cual se establecen los vínculos con los otros individuos y la sociedad, es de vital importancia que los programas de salud mental deben iniciarse desde el período prenatal, considerando íntegramente todos sus aspectos; las actividades de prevención y promoción comienzan con la preparación de la paternidad y la educación sexual. Las acciones de estos programas deben estar encaminadas a todos los sujetos en edad reproductiva, hombres y mujeres. Aquí es donde debe empezar el fin del divorcio entre todos los programas de salud que en la actualidad funcionan como programas independientes. El Trabajador de Salud (TS) debe comprender y estar preparado para incluir dentro de sus actividades comunitarias temas de capacitación que incluyan, entre otros:

- desarrollo psicosexual normal
- relaciones sociales de los jóvenes
- rol social de la mujer
- relaciones afectivas de la pareja

En esta etapa es además importante que los trabajadores de salud alerten a la población con la que trabajan, sobre los efectos nocivos del tabaco y el alcohol, haciendo hincapié en la necesidad de evitar su uso durante la gestación y la lactancia.

## ATENCIÓN EN EL PARTO

El momento del parto es una etapa crítica por los riesgos y el grado de vulnerabilidad para la vida del niño y la madre, así como para el sistema nervioso central del neonato. Ya en 1977, la Organización Mundial de la Salud, consideraba: "En la actualidad, cuando los países en desarrollo procuran disminuir las altas tasas de mortalidad materno-infantil, la preocupación por los aspectos de salud mental podría considerarse erróneamente como un lujo innecesario."[15]

Aunque lo siguiente parezca fuera de lugar, es importante en este punto tomar medidas para desarrollar programas preventivos basados en los conocimientos actuales sobre el desarrollo psicosocial del niño. Estas medidas deberían ser de aplicación inmediata, con la obligación de mejorar la atención obstétrica para disminuir cualquier tipo de daño que en el futuro pudieran convertirse en problemas psicosociales y de salud mental tales como discapacidades y reducción de las posibilidades de bienestar. Estos tipos de medidas deben ser aplicables a cualquier nivel del sistema de salud.

## ATENCIÓN AL LACTANTE

El propósito de cualquier programa para niños consiste en proveer condiciones óptimas tanto para su desarrollo físico como mental. El concepto debe ser aplicado incluyendo progra-

[15] Arroyo J. Programas de Salud Mental del Niño en el Nivel Comunitario. En: *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Serie PALTEX. I. Levav Ed. OPS/OMS 1992.

mas de actividades que enfaticen la importancia del afecto y el contacto con el niño, junto con otros que destaquen la nutrición adecuada, la higiene y los cuidados físicos.

Promover la lactancia materna es fundamental en esta etapa; aunque en el área rural de Guatemala es una práctica común, en las áreas urbanas cada vez cobra menos relevancia dadas las condiciones de vida y de trabajo que tienen las mujeres. Por lo tanto, debe orientarse a las madres sobre la importancia de la lactancia y del destete, así como recuperar los contratos de trabajo que permiten la hora de lactancia, dado que actualmente un importante número de mujeres no poseen ni gozan de ninguna prestación laboral que permita preservar este hábito. Debe orientárseles también sobre los cuidados generales y emocionales del niño, la importancia de la relación madre-hijo, las ventajas de hablar al niño y de estimularlo adecuadamente. En relación con este último punto, un programa sencillo que ayuda a desarrollar cuidados especiales para los trastornos mentales es la estimulación temprana, la cual se puede ensayar organizando a las madres en grupos que se motiven, apoyen, instruyan y supervisen mutuamente, y en los que aprendan no sólo lo específico sino también los cuidados generales del niño.

Otra situación importante que no es tomada en cuenta por los trabajadores de salud mental, son los programas de vacunación. El cumplimiento adecuado de estos programas conlleva a la prevención de secuelas posteriores que pueden ser evitadas por la vacunación, por ejemplo, los cuadros de encefalitis secundarios al sarampión, que en la mayoría de casos dejan daños cerebrales como secuelas.

## ATENCIÓN AL PREESCOLAR

En este caso el trabajador de salud mental debe identificar los grupos de preescolares en su comunidad. En el área rural esto

es relativamente más fácil dada la cercanía que éste tiene con la escuela, las iglesias, y otros centros donde asisten los niños con sus padres; en el área urbana esto es mucho más complicado. La labor a esta edad consiste en informar a la comunidad en general y a los padres en particular, sobre el desarrollo del niño, así como saber reconocer sus limitaciones, de tal manera que sea factible detectar precozmente fallas sensoriales (audición, visión, etcétera).

La sensación subjetiva de enfermedad produce trastornos emocionales que son más intensos en los niños y en muchos casos generan irritación e incomodidad en los padres, sobre todo cuando éstos lo perciben como un medio para alcanzar beneficios secundarios.

En esta edad son frecuentes los accidentes y existen riesgos latentes dada la curiosidad, manipulación y deseo de controlar objetos, actitudes características de los niños preescolares, de manera que es vital la importancia que adquiere el adulto que cuida a este niño. Por esto las madres o familias con problemas socioeconómicos, padres deficientes mentales o psicóticos, deben ser detectados, darles seguimiento y referirlos para tratamiento, con el fin de salvaguardar la integridad del preescolar.

## ATENCIÓN AL ESCOLAR

Con el niño que no asiste a la escuela debe tenerse una atención especial. Estos niños viven en mayor riesgo dadas sus condiciones socioeconómicas; son niños que deben salir a la calle, tanto en el área urbana como en el área rural y realizar labores que ponen en riesgo su integridad, aunado a esto la exposición al maltrato, la explotación laboral infantil, las drogas, el alcohol y el abuso sexual; son factores que deben ser detectados a tiempo para evitar que se conviertan en factores de riesgo, aunque difícilmente es posible hacerlo dado el escaso número de trabajadores de salud mental comunitarios.

Por otro lado, con los niños que asisten a la escuela es relativamente más fácil identificar problemas como dificultades en el aprendizaje y fracaso escolar, asociados a otros trastornos como el déficit de atención y trastornos sensoriales, entre otros. Es necesario establecer una alianza estratégica entre el trabajador de salud mental, los centros escolares, los maestros y los padres de familia.

### ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

Es urgente implementar acciones que permitan que los adolescentes tengan opciones de sano crecimiento y desarrollo. Además de la prevención y promoción de estilos de vida saludables como los programas contra el tabaco, alcohol, drogas, sexo consciente y seguro; es importante proporcionarles las herramientas para que ellos mismos gocen de espacios de diversión. Así, fomentar la creación y construcción de lugares para la práctica de deportes, facilitarles el acceso a bibliotecas, tener la posibilidad de participar en actividades culturales, ya sea como actores de un proceso o como participantes a las diferentes opciones que deberían existir.

Así también, si en las etapas anteriores ha sido detectado algún tipo de trastorno mental, debe dársele seguimiento tanto a él como al núcleo familiar, así como estar en la capacidad de identificar problemas que pueden desembocar en un trastorno mental.

## 7. CENTROS DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

En nuestro país el cuidado de poblaciones especiales representa un reto particular. El primer intento debe estar basado en la identificación de estos niños y adolescentes con problemas, tales como huérfanos, pacientes con VIH, autismo, retraso mental, discapacidades físicas, enfermedades crónicas e in-

cluso aquéllos con trastornos de aprendizaje, que a largo plazo se asocian a trastornos mentales que impiden el desarrollo total de sus habilidades para mantener un adecuado nivel de funcionamiento que les permita insertarse en la sociedad y su comunidad.

Debe considerarse además que la presencia de un trastorno mental en un niño o adolescente que es parte de una población especial lo lleva a la marginación, de manera que es importante reconocer el trastorno mental desde sus inicios. El no-reconocimiento de estas situaciones y como consecuencia, la no-atención por personal especializado, puede llevarlo al rechazo. Para muchos trabajadores de salud mental que no han sido entrenados en la atención de los trastornos mentales infanto-juveniles, es un "descubrimiento" pensar en la comorbilidad de un retraso mental y un cuadro psicótico, o en una diabetes juvenil asociada a un cuadro depresivo y no adherencia al tratamiento. De tal manera que es importante reconocer esta problemática, en tanto permita desarrollar sistemas de atención que brinden la atención de ambas condiciones, es decir, que converja una atención básica general, con una atención especializada.

El objetivo de la atención de este grupo hace énfasis en la *participación, integración y esfuerzos a largo plazo*, y aunque actualmente los expertos coinciden en que estos niños y adolescentes que antes eran excluidos de la sociedad no deben seguir siendo aislados, es un problema el tratar de incluirlos en los grupos sociales en los que les correspondería estar. Así, por ejemplo, los niños huérfanos con VIH a quienes se les ha intentado llevar a una escuela "normal", han sido objeto de marginación, no sólo por parte de los niños, sino también de los padres de estos niños y lo mismo sucede con quienes son diagnosticados con trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta o déficit de atención, en donde la escuela exige y condiciona el estudio del niño "sólo si está medicado".

Esta atención debe ir desde el primer nivel hasta la rehabilitación, pasando, cuando cada caso lo amerite, por una consulta ambulatoria especializada, el internamiento y la interconsulta con el especialista en psiquiatría Infanto-juvenil, como vimos en el apartado de prevención, tanto fuera como dentro del hospital y la clínica especializada. Cada uno de estos niveles es importante en tanto el paciente pediátrico y adolescente debe recibir toda la atención necesaria.

Es importante incluir en este apartado que se necesita prestar una atención especial a los hospitales de día, dada la necesidad de rehabilitación que existe para estos pacientes. No es fácil delimitar una definición para estas unidades, dado que su origen proviene de los hospitales de día creados a partir de la psiquiatría de adultos. Los primeros intentos que se llevaron a cabo para la atención de niños y adolescentes en este nivel se dieron en Francia, en los años 50, a partir de la sectorización psiquiátrica y la creación de los intersectores de atención a los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Posteriormente Françoisse Dolto y Maud Mannoni, médicos psicoanalistas francesas, desarrollaron un nuevo concepto de dispositivo intermedio para la atención de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, a partir de programas de prestación de servicios que pretendían adaptarse a las necesidades de la vida infantil, incluyendo la integración en la escuela normalizada.[16]

Después de éstas aparecen experiencias en Suiza, Canadá, Estados Unidos y España, en las que se pueden encontrar verdaderos modelos de atención a este grupo etario en lo que a trastornos mentales se refiere.

---

[16] Pedreira JL. *Los Hospitales de Día en la atención de los Trastornos Mentales de la Adolescencia: orientación terapéutica*. En Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc. 2001, 2 (1): 68-92.

Antes de entrar en más detalles sobre este tema, conviene comprender algunos conceptos relacionados con este tipo de atención.

a) **Dispositivo Asistencial**: Se refiere a una institución sanitaria integrada en la red de prestación de cuidados médicos del sistema de salud. En el caso de la infancia debe estar asegurada la atención previa y posterior con la suficiente especificidad como para no originar descompensaciones sucesivas, es decir, que integrada en la red sanitaria implica considerar la presencia activa de recursos específicos. Dado que tal dispositivo asistencial intermedio no es de acceso directo a la población, debe contemplarse como una prescripción terapéutica específica en el seno de un protocolo completo. La hospitalización de día incluye la consideración de representar un "momento" terapéutico y no la única o prioritaria modalidad terapéutica para una edad o un proceso piscopatológico.

b) **Tratamiento activo:** implica la aplicación de todas aquellas técnicas y procedimientos terapéuticos que el avance científico y la experiencia clínica han demostrado ser efectivas para el alivio, mejora o curación de un proceso patológico. El hospital de día constituye el lugar más pertinente para establecer los tratamientos integrados, de amplia difusión hoy en día, donde la interacción terapéutica entre psicoterapia y psicofarmacología favorece un curso clínico más adecuado para el paciente y mayor índice de evoluciones positivas y eficacia terapéutica ante un buen número de procesos. No se debe olvidar en esta perspectiva la multiaxialidad de la intervención terapéutica, ni las necesidades propias de la etapa de desarrollo en la que se encuentran este tipo de pacientes (necesidades psicopedagógicas y pedagógicas).

c) **Trastorno mental**: se consideran aquellos trastornos que se encuentran contenidos y definidos por las clasificaciones

psiquiátricas actualmente en uso, y específicamente por la CIE-10 de la OMS; la adaptación multiaxial de la CIE-10 de los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia, cuya flexibilidad y posibilidades de aplicación clínico-epidemiológicas resulta de un interés cada vez más creciente. Debe aquí también incluirse la perspectiva del desarrollo en el concepto de trastorno mental, así como el impacto del factor contexto, tanto en el desarrollo de niños y adolescentes, como en la evolución clínica de los trastornos mentales en la infancia.

d) **Régimen de vida**: debe brindársele al paciente (niño o adolescente) la posibilidad de que permanezca en el dispositivo asistencial durante al menos 5 horas, lo cual implica contenidos específicos tales como actividades lúdicas y de tiempo libre, actividades de aprendizaje reglado y especial para determinadas áreas pedagógicas, actividades normativas, actividades complementarias, tanto desde la perspectiva psicopedagógica como psicoterapéutica, y organizar un plan de vida para los fines de semana y/o el tiempo que no acude al hospital de día.

e) **Comunidad terapéutica**: este punto es de especial importancia dado que en la infancia y adolescencia, entre los tres niveles de prevención, existe una estrecha interacción, encontrándose relacionados con la perspectiva de la asistencia terapéutica adecuada en el momento más precoz posible y mientras se requiera dicha intervención, lo que incluye de forma activa y dinámica la perspectiva del desarrollo del sujeto en la etapa infanto-juvenil, y es aquí donde se liga el concepto de *dispositivo intermedio*, que asegura por una parte el acceder al dispositivo asistencial, pero también consolida una salida terapéutica y la acción positiva hacia la integración e inserción sociales.

En relación con el qué hacer de estos servicios se pretende que sean un dispositivo intermedio, hacer el enlace entre el origen de la demanda (consulta externa o unidad de hospitalización) y la cobertura de salida que debe diseñarse para asegurar la continuidad y el control asistencial de los casos atendidos, lo que incluye un concepto claro de red asistencial para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.

Es importante no perder de vista que estos servicios de atención persiguen fundamentalmente incrementar la calidad de vida y el adecuado tratamiento de los trastornos mentales, abordando al mismo tiempo el sufrimiento del entorno más inmediato de estos niños y adolescentes, su familia. Para el abordaje completo de estos aspectos se contemplan la disminución de la sintomatología psiquiátrica activa, asociada o no a otras patologías, como vimos al principio, o posibilitar formas de afrontamiento más adecuadas: prevención y reducción de las recaídas de los procesos mentales, prevención del deterioro y un incremento o sensible mejoría del ajuste y funcionamiento familiar, escolar y social de los pacientes.

Tienen además el objetivo de intervenir sobre las circunstancias sociales y familiares y todas aquellas figuras significativas del entorno del paciente que modulan el curso, las respuestas a los tratamientos y por lo tanto, el pronóstico de la enfermedad. En el caso de este grupo etario, este tipo de intervenciones es básica para la adherencia al tratamiento, para la continuidad terapéutica y para todo el proceso de acompañamiento del paciente. Esta acción se encuadra dentro de la detección de factores de protección y de riesgo cuya base de intervención consiste en fomentar los primeros y minimizar el impacto de los segundos.

Es también importante actuar sobre las posibles secuelas del proceso patológico, tanto en las de tipo transitorio o estable como el deterioro cognitivo en las psicosis infantiles,

o secundarias a los tratamientos, y de igual manera, incidir en los procesos de aprendizaje y socialización, favoreciendo una actitud positiva de la institución escolar para desarrollar programas psicopedagógicos y pedagógicos adaptados a los pacientes con este tipo de dificultades y cuadros clínicos. De igual forma se debe trabajar con las familias y sobre el propio paciente, con el fin de revalorizar el proceso de aprendizaje y no abandonar a pesar de las dificultades que pudieran surgir sobre todo por el impacto negativo que estos pacientes comportan. Esta intervención se dirige hacia la inserción y rehabilitación social, y para favorecer el proceso del desarrollo.

Otro de los grandes objetivos de estos servicios de salud, es el actuar sobre las consecuencias sociales de la enfermedad mental. De manera que se debe minimizar el estigma social, así como las acciones destinadas a promover y mejorar la actitud y la colaboración del entorno inmediato del paciente, prestando el apoyo y las orientaciones necesarias.

## 8. IMPACTO DE LA VIOLENCIA

Actualmente la violencia en Guatemala es una importante causa de morbimortalidad para la población infanto-juvenil que afecta no sólo a los jóvenes involucrados en grupos de maras o narcotráfico si no también a niños que viven en áreas marginales o barrios conflictivos.

El estrés social, la desorganización y la inestabilidad familiar contribuyen de manera importante al incremento de la agresividad entre los individuos vulnerables. Debemos recordar además que hace sólo 11 años Guatemala puso fin a una guerra civil que duró 36 años, en la cual murió un importante número de jóvenes, sin determinar hasta la fecha el número exacto. En este período los niños fueron víctimas directas de la violencia siendo expuestos a secuestros, torturas, violaciones

y muertes violentas. Además de esto muchos niños quedaron huérfanos y otros fueron adoptados ilegalmente. Desafortunadamente el fin de la guerra no puso término a la violencia dado que esto trajo como consecuencia el deterioro de los servicios públicos, aumento de migraciones internas y mayor desigualdad social, lo que se ha reflejado en el aumento de grupos juveniles, delincuencia común y crimen organizado.

En un estudio realizado por Berganza y cols,[17] en la Ciudad de Guatemala se concluyó que existe una relación entre la exposición a la violencia y la presencia de importantes dificultades psicosociales en niños y adolescentes que habitan un país con una larga historia de violencia, sugiriendo a su vez que el tratamiento en salud mental a este grupo etario no puede ignorar el papel de la misma como un factor asociado interviniendo en la generación y/o consecuencia de los problemas psicosociales presentados por niños y adolescentes.

Además de muertes y lesiones físicas, la violencia también genera consecuencias psicológicas en los testigos y las víctimas. En los niños puede ocasionar problemas de aprendizaje, malas relaciones interpersonales y comportamiento agresivo y antisocial.[18] Luis Duque[19] menciona que los niños en que la agresión se manifiesta a temprana edad y persiste en la juventud o la adultez presentan concomitantemente otros problemas de comportamiento, como delincuencia, abuso de sustancias psicoactivas, conductas sexuales riesgosas, maternidad temprana, depresión y dificultades en la interrelación con otros.

---

17 Berganza C, Duarte C. *Violencia y problemas psicosociales en niños guatemaltecos. Psiquiatría y Salud Integral*, 2002; 2 (4): 27-31.

18 Connor DF. *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: research and treatment*. New Y)Ork: The Guilford Press; 2002. p. 46-61.

19 Duqe *et al*. *Programa de prevención temprana de la violencia de Medellín*. Pan Am J Public Health 21 (1), 2007 p. 22.

En cuanto a intervenciones en relación con la atención a la violencia, una de las más importantes se basa en una reunión de un panel de expertos en Estados Unidos en el año 2004,[20] en donde concluyeron que las intervenciones exitosas para la prevención de la agresión tienden a compartir una constelación de características, tales como las que se fundamentan en un marco teórico sólido, se orientan a factores de riesgo de gran peso e implican programas a largo plazo (al menos de un año). Proponen además una la estrategia cognitivo-conductual aunque experiencias en países como Francia en donde el psicoanálisis se ha utilizado como base para este tipo de intervenciones demuestra que deben ser programas multimodales y multicontextuales. Así también es importante fomentar o fortalecer las competencias sociales para promover habilidades en los jóvenes y en sus familias, el desarrollo personal y comunitario. Estas acciones deben llevarse a cabo en instituciones con un ambiente abierto y no coercitivo ni carcelario, debiendo además tener características y formas de ejecución que permitan y favorezcan una buena adhesión al programa.

En relación con este tipo de proyectos, el Ministerio de Gobernación y la Municipalidad de Guatemala tienen algunos programas de recuperación de las áreas verdes y espacios para la práctica de deportes, así como el fomento de algunas actividades culturales; sin embargo, el hecho de que éstos se realizan de forma independiente no fortalece en ningún momento los programas a largo plazo, por lo que el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Salud Mental, debería ser el ente rector para que estas iniciativas fructifiquen y puedan obtenerse

[20] National Institutes of Health State-of-the Science Conference Statement. *Preventing Violence an Related Health-Risking Social Behaviors in Adolescents*: an NIH State-of-the-Science Conference; 2004 oct.; Bethesda ESA. Bethesda (MD): NIH; 2004.

verdaderos resultados en cuanto a prevención y disminución de la violencia en niños y jóvenes. Esto con el fin de disminuir los índices de agresión, prevenir el consumo de sustancias y mejorar los problemas de aprendizaje de los niños en edad escolar, lo que implica el compromiso no sólo del personal de salud ni de los actores actualmente involucrados, sino también del Ministerio de Educación, de manera que también los maestros sean capaces de identificar a los niños y adolescentes agresivos y violentos, así como capacitarse en el manejo no violento del comportamiento de los niños en la escuela a partir del desarrollo de habilidades psicosociales en el aula.

# Capítulo III
# ALGORITMOS DE ATENCIÓN

Estos algoritmos han sido realizados de manera que puedan utilizarse desde el primer nivel de atención hasta el nivel terciario. Sin embargo, es importante resaltar que el personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos) no está capacitado para la identificación, detección y posterior referencia de estos casos, lo que hace indispensable y urgente empezar la capacitación a este nivel, tal como lo mencionamos en el capítulo de prevención. En relación con los algoritmos de Trastornos de Alimentación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Episodio Depresivos, deberán ser utilizados únicamente en el segundo y tercer nivel, dado que en el primer nivel no se dan las condiciones necesarias para su aplicación. El personal de salud de primer nivel se deberá guiar por la entrevista estructurada con el fin de identificar los trastornos y referirlos en caso no sea posible dar el apoyo o tratamiento directamente en su comunidad.

Los médicos generales y pediatras pueden identificar y tomar decisiones adecuadamente si cuentan con una guía bien definida; estas guías deben indicarle claramente al médico cuándo se debe remitir al paciente a un servicio de urgencias o al especialista.

De manera que esta propuesta de atención dependerá de la capacitación que se brinde al personal del primer nivel

de atención y a la ampliación de cobertura de los servicios de salud que incluya los trastornos mentales de la población infanto-juvenil.

Abordaremos aquí únicamente los trastornos que, por propia experiencia, dado que no existen registros oficiales, se hacen evidentes aun antes de llegar al especialista pero que no son reconocidos y por lo tanto, no reciben la atención ni el tratamiento adecuado. Para esto utilizamos el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de OMS con el fin de unificar los criterios para la detección, atención, referencia y contrarreferencia, de acuerdo con cada caso. Así mismo, proponemos un modelo de entrevista estructurada que permita recoger la mayor cantidad de información posible para facilitar la toma de decisiones aun antes de aplicar el/los algoritmos. Para la aplicación de esta historia debe tenerse en cuenta la edad del paciente; si es un niño menor de 9 años se recomienda que la historia se haga en conjunto con los padres y/o cuidadores y escuchar al niño (a) cuando quiera interrumpir la entrevista; si tiene entre 9 y 12 años es recomendable invitar al paciente a contar su historia aun antes de escuchar a su(s) acompañante(s) debiendo siempre realizarse la entrevista en conjunto. Con los adolescentes deben tenerse consideraciones especiales dado que en su mayoría no dan toda la información en presencia del adulto que les acompaña, por lo que es mejor realizar la entrevista por separado, brindando la mayor seguridad al adolescente de que la información que nos proporcione será confidencial, a menos que ponga en riesgo su vida o la de otras personas.

Es importante aclarar que para los algoritmos de agresividad e intento suicida no existen criterios diagnósticos, por lo que es importante para su aplicación la valoración del riesgo físico, tanto del paciente como de su entorno. Para los criterios de trastorno de alimentación y episodio depresivo, es necesario tomarlo con base en los criterios para adultos, debido

a que no están considerados dentro de los trastornos de la infancia.

En relación con los algoritmos en los que puede ser necesario el uso de psicofármacos, la prescripción de los mismos y el seguimiento de los casos podrá hacerse en cada uno de los tres niveles de atención si existiera personal especializado. En caso de no contar con el mismo sólo se podrá efectuar seguimiento y vigilancia por efectos secundarios.

## ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA

Es importante que quien realice la entrevista asegure la confidencialidad del niño o el adolescente.

NHC: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: ____ SEXO: M F

CENTRO DE ESTUDIOS: _____

GRADO ESCOLAR: _____

PERSONA CON QUIEN SE HACE LA ENTREVISTA: _____

PERSONA QUE REALIZA LA ENTREVISTA: _____

FECHA: _____

INDIQUE CUÁL ES EL PROBLEMA Y UTILICE LA SIGUIENTE GUÍA PARA DESCRIBIRLO:

- **Problema de conducta:**
  Rebeldía, agresividad, robo, delincuencia, uso de alcohol, tabaco y/u otras drogas (especifique cuáles), se escapa de la casa y/o de la escuela. Le cuesta relacionarse con personas de su edad.

- **Problema escolar:**
  Es inquieto; distrae al resto de la clase; desordenado; pierde sus cosas; mal rendimiento; ha repetido una o más veces el grado. En mayores de 7 años: todavía no sabe leer ni escribir; dificultad para sumas y restas; no quiere hacer deberes (establecer contacto con la escuela, personalmente, por escrito o por teléfono).
- **Trastornos del sueño:**
  Dificultad para ir a dormir; despierta durante la noche llorando, con miedo; se levanta dormido; se orina en la cama (mayores de 7 años).
- **Trastornos de alimentación:**
  Ha dejado de comer; come demasiado. Se provoca el vómito después de comer; come cualquier otra cosa que no sea alimento (especifique en mayores de 3 años).
- **Control de esfínteres:**
  Enuresis o encopresis diurna (mayores de 5 años); enuresis o encopresis nocturna (mayores de 5 años).
- **Comportamiento de riesgo:**
  Se sube a lugares altos; ha tenido más de un accidente; parece que no le tiene miedo a nada; atraviesa la calle o la carretera sin ver.
- **Riesgo suicida:**
  Piensa que la vida no vale nada; no tiene metas para el futuro; ha tenido deseos de morirse; tiene un plan para quitarse la vida; ha intentado otras veces (una o más) quitarse la vida; ha escrito por lo menos una nota en la que dice que se quiere morir; tiene armas u objetos que pongan en riesgo su vida.
- **Aislamiento social:**
  No se relaciona con otras personas; vive como encerrado en su propio mundo; no puede jugar como otros niños; cuando uno le habla parece que está sordo o como que no

reconoce la presencia de la otra persona; escucha voces; tiene miedo de salir a la calle; siente que lo persiguen, que le quieren hacer daño, ha dejado de ir a la escuela o al trabajo.

- **Trastorno afectivo:**
  Se le ve triste; está de mal humor la mayor parte del día; no tiene interés en nada; llora por cualquier cosa; está muy nervioso todo el tiempo; no se quiere separar de su madre; se queja de que está enfermo (se queja de dolor de estómago, de cabeza).
- **Vivencia traumática:**
  En el último año ha vivido o visto un asalto, robo a mano armada, un homicidio; abuso físico o sexual; muerte de algún familiar cercano. Divorcio o separación de sus padres.

Entrevista con el niño o adolescente

(Pautas orientativas). Observe actitud, aspecto físico, relación madre-hijo(a); padre-madre-hijo(a). Comportamiento, lenguaje, tono y actitud motriz.

Actitud, Aspecto físico.

*Menores de 3 años

Observar (contacto físico, sonrisa, llanto, manipulación del propio cuerpo, manipulación de los objetos, otros).

*De 3 a 6 años

Actitud receptiva, juego, dibujos.

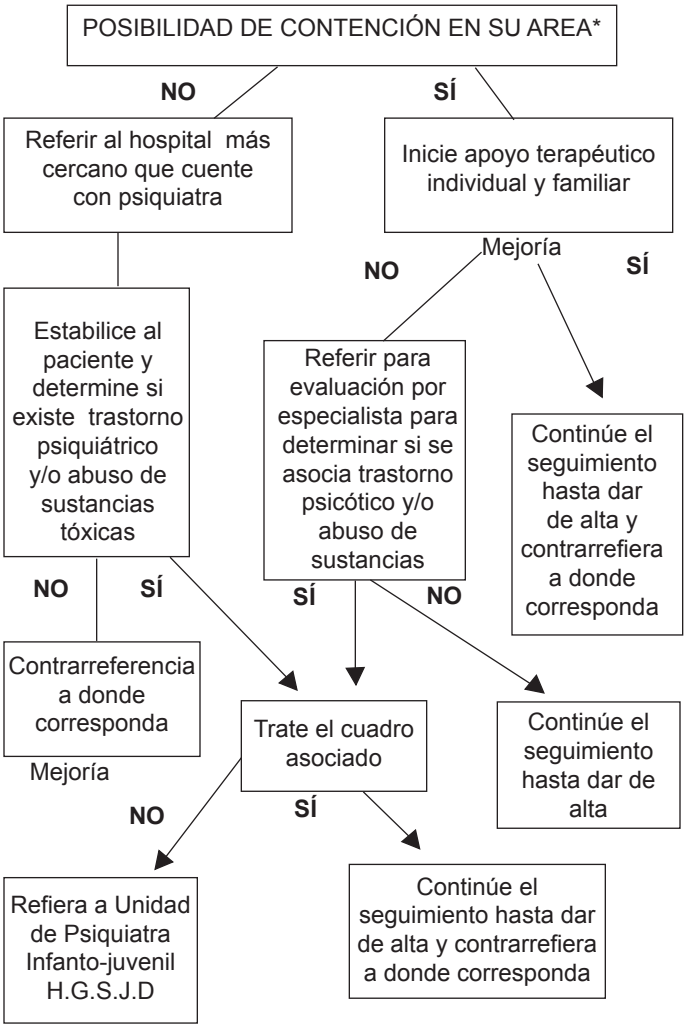
*Mayores de 6 años-adolescencia

Además de lo anterior: ¿qué te pasa?, ¿por qué crees que te pasa?, ¿desde cuándo?, ¿afecta tu vida social, familiar, de pareja? En adolescentes pida a los padres que le dejen solo.

**HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA (según criterios CIE-10)**

Necesario referir **SÍ** **NO**

# 1. CRISIS DE AGRESIVDAD



*** EVALÚE:**

- El paciente no pone en riesgo su vida ni la de otras personas.
- Existe un adecuado apoyo familiar.
- El paciente puede estar acompañado todo el tiempo por una persona de confianza.

**TRATAMIENTO:**

En caso de asociarse un trastorno psicótico, el tratamiento psicofarmacológico debe iniciarse únicamente en el hospital o unidad de atención que cuente con Psiquiatra. La dosis dependerá de la edad y grado de agresividad y/o agitación del paciente. Se recomienda iniciar con un antipsicótico atípico para evitar los efectos secundarios del haloperidol:

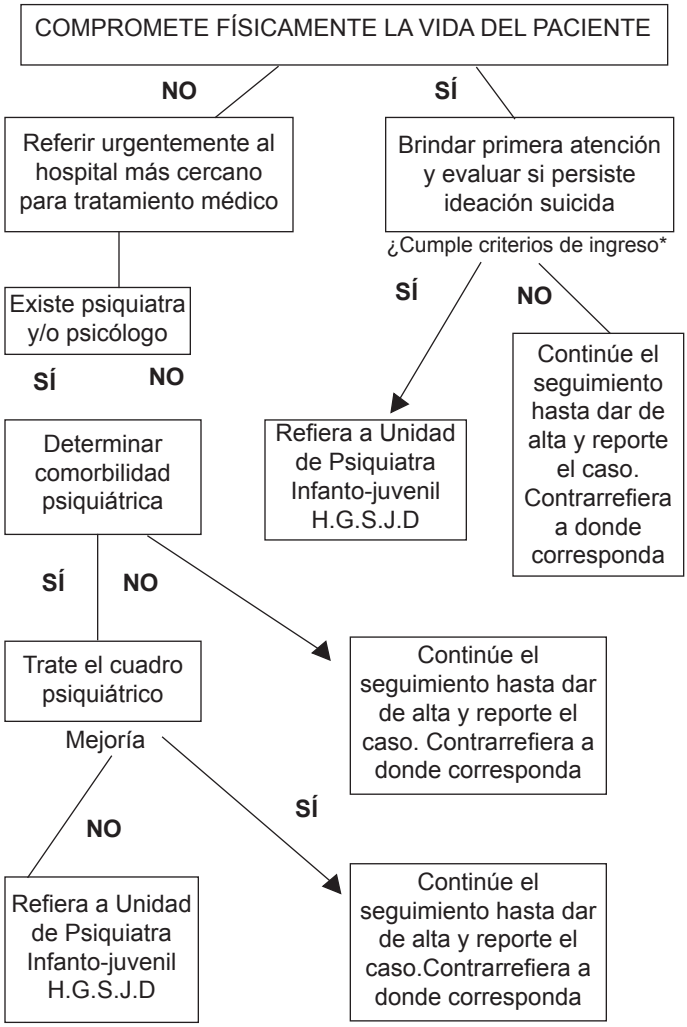
- Risperidona

  7 a 15 años 0.5 P.O. HS.

  16 a 17 años 1 mg HS, que puede incrementarse progresivamente hasta 4 mg/día.
- Quetiapina (no recomendada para menores de 17 años) 25 a 50 mg (máximo 200 mg) P.O. HS.

Si se asocia abuso de sustancias NO dar tratamiento con benzodiacepinas y utilizar antipsicótico atípico en las dosis especificadas anteriormente.

# 2. INTENTO SUICIDA

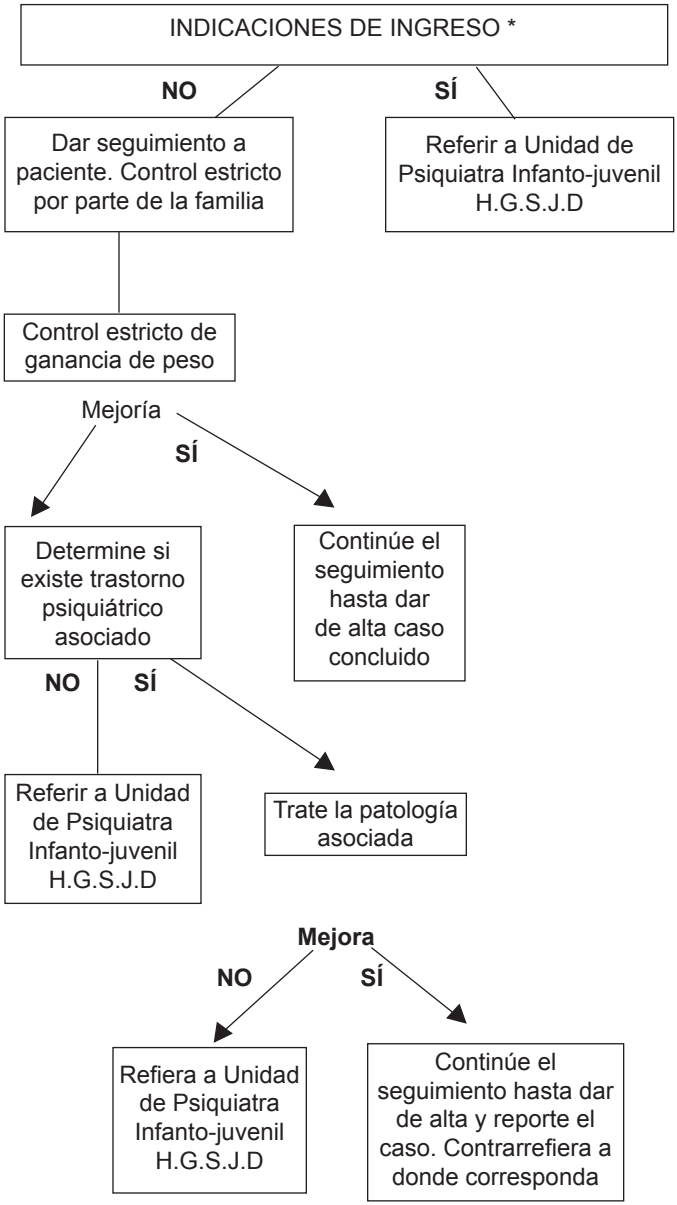


**CRITERIOS ABSOLUTOS DE INGRESO PARA INTENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

- Tratamiento médico de la tentativa (intoxicación, trauma o cualquier medio utilizado).
- Tratamiento psiquiátrico (tentativa de suicido persistente o de alto riesgo de suicidio, depresión severa, psicosis con predominio alucinatorio).
- Tratamiento psicosocial: la familia no puede hacer una adecuada contención (observación las 24/h del día, eliminación de armas y tóxicos, y retorno con el niño/adolescente para seguimiento ambulatorio).

Indicadores que deben utilizarse con la siguiente máxima: "ante la duda, debe ingresar".

# 3. F50 TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN



## *CRITERIOS DE INGRESO

- Pacientes poco motivados y sin conciencia de enfermedad o resistencia a los tratamientos.
- Cuando coexisten tratamientos psiquiátricos asociados
- Con ambiente familiar muy deteriorado y ambivalente, o con severas alteraciones de personalidad, cuando predomina la inestabilidad, labilidad, inmadurez, dificultad para el *insight*, etcétera.
- Por grandes pérdidas de peso o por complicaciones físicas, o por fallos de tratamientos previos.
- Si existen importantes complicaciones físicas se orientará hacia medicina interna.

EN EL INGRESO, LA PRIORIDAD VIENE DADA POR LAS COMPLICACIONES ORGÁNICAS Y EL PESO.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN CIE-10

F50.0 Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia.

***Pautas para el diagnóstico***

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

**a)** Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

**b)** La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

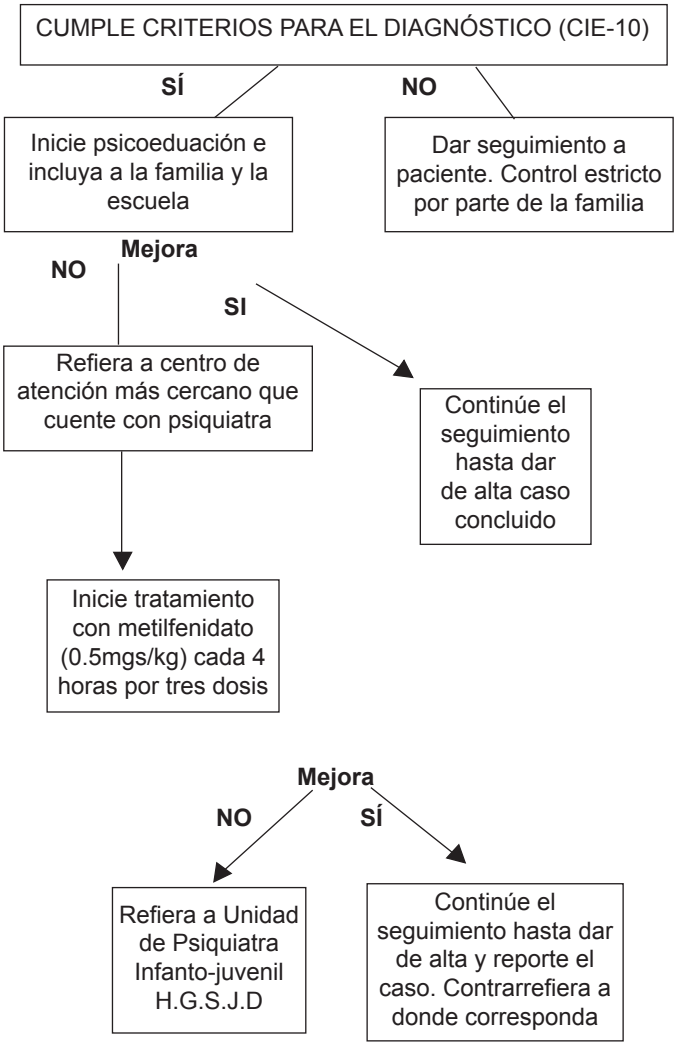
**c)** Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

**d)** Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con pildoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

**e)** Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Excluye: Anorexia, falta de apetito (R63.0). Anorexia psicógena (F50.8).

# 4. F90 TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS (TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD)



## CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN CIE-10

### *Pautas para el diagnóstico*

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficit en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

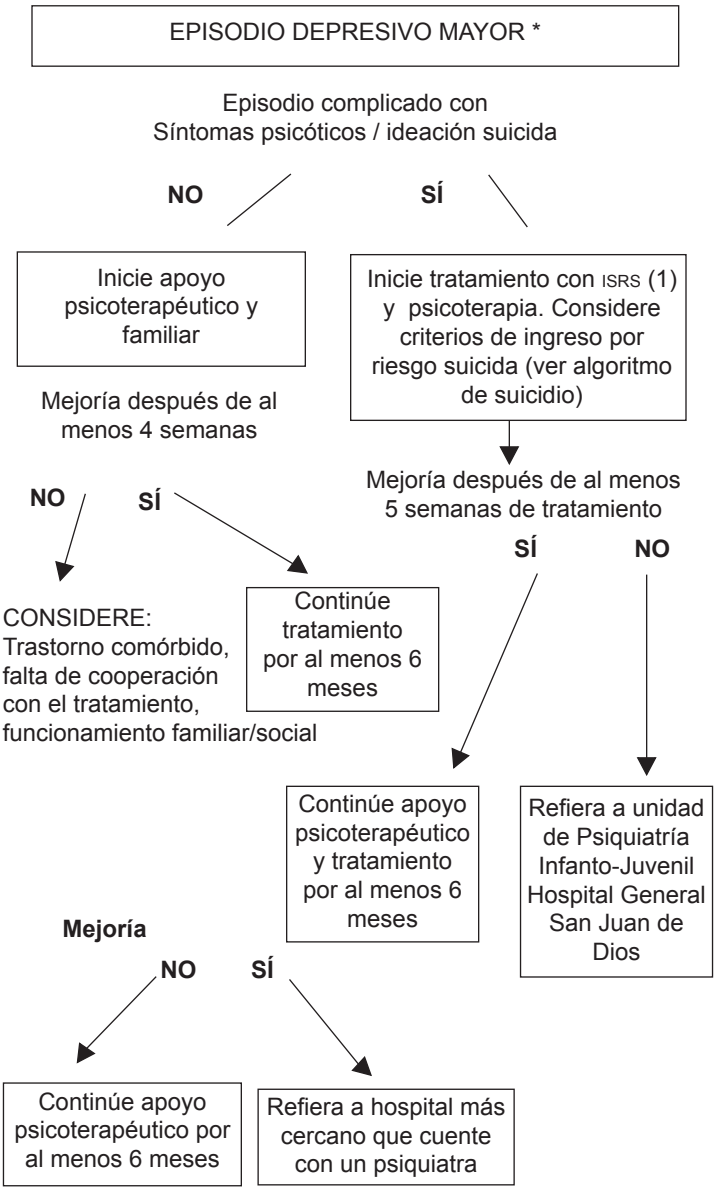
La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto, o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hipercinético. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-)
- Trastorno del humor (afectivos) (F30-F39)
- Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0) Esquizofrenia (F20.-).

# 5. F32 EPISODIOS DEPRESIVOS



El apoyo psicoterapéutico debe brindarse por personal capacitado, aun en el primer nivel. En tanto el personal no está preparado para dar esta primera atención, deberá ayudar al paciente con ayuda de la familia y la escuela a planificar actividades a corto plazo que motiven al paciente de acuerdo con sus intereses, necesidades y capacidades. Así también, es importante que ayude al paciente y su familia a identificar aquella situación (es) que pudieron haber desencadenado el evento.

**TRATAMIENTO:**

Si se considera necesario el inicio de tratamiento farmacológico, éste deberá indicarlo el psiquiatra, del hospital o de la unidad donde se atienda al niño o al adolescente. No se recomienda iniciar con antidepresivos tricíclicos dados los efectos secundarios y el estricto control que ha de llevarse, especialmente por los riesgos cardiovasculares que éstos conllevan, por lo que debe iniciarse el tratamiento con Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS):

- Sertralina
  6 a 12 años: 25 mg H.S
  13 a 17 años: iniciar con 25 mgs HS y aumentar gradualmente la dosis sin pasar los 100 mg /día
- Paroxetina (no recomendada para menores de 17 años).
  20 mgs a.m.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10

En los episodios depresivos típicos el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

a) La disminución de la atención y concentración.

b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).

d) Una perspectiva sombría del futuro.

e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

f) Los trastornos del sueño.

g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diag-

nóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz clara (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

— Episodios aislados de reacción depresiva.

— Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

— Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

— Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

## F32.0 EPISODIO DEPRESIVO LEVE

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatiga suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-52). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

## F32.1 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

### *Pautas para el diagnóstico*

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0), así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

## F32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

### *Pautas para el diagnóstico*

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotriz, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

— Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

— Melancolía.

— Depresión vital sin síntomas psicóticos.

## F32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye:

Episodios aislados de:

— Depresión mayor con síntomas psicóticos.

— Depresión psicótica.

— Psicosis depresiva psicógena.

— Psicosis depresiva reactiva.

# Bibliografía


1. Alazraqui M. Mota E., Spinelli H., Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. Rev Panam Salud Pública. 2007;21 (1): 1-10.
2. Arranz B., Ros S., San Molina L. Impulsividad, agresividad y suicidio. En: *Impulsividad*. Salvador Ros, María Dolores Peris, Ramón Gracia, eds. Ars Médica. Barcelona, España, 2004.
3. Arroyo J. Programas de Salud Mental del Niño en el Nivel Comunitario. En: *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Serie PALTEX. I. Levav Ed. OPS/OMS 1992.
4. Belfer M Systems of Care: A Global Perspective. En: *Facilitation Pathways. Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Remschmidt, Belfer, Goodyer (Eds.)
5. Berganza C, Duarte C. *Violencia y problemas psicosociales en niños guatemaltecos*. Psiqiuiatría y Salud Integral, 2002; 2 (4): 27-31
6. Bielsa A., *et al*. TDAH: Revisión global. En TDAH: *niños movidos e inquietos*. Tomàs y Casas, Eds. Editorial Laertes, Barcelona, 2003.

7. Caldas de Almeida JM. *Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe*. Re Panam Salud Pública 2005: 18 (4/5):314-26.

8. Chinchilla A., Anorexia y bulimia nerviosas: sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso. En: *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. Masson. Barcelona, 2003.

9. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) OMS/OPS.

10. Cornellà J.; Llusent A. La entrevista clínica como herramienta básica para el diagnóstico en salud mental del adolescente. En: *Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia*. Tomàs y Casas, Eds. Editorial Laertes, Barcelona, 2004.

11. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, Klevens J. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, colombia. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(1):21-9

12. Franc-Giraldo A. Palma M., Alvarez-Dardet C. *Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América* Latina y el Caribe, 1980-2000. Rev Panam Salud Pública. 2006;19 (5): 291-9.

13 Garralda m. Primary Health Care Psychaitry. En: Child and Adolescent Psychiatry. Rutter M y Taylor E, eds. 4th. Edition. Blackwell Publishing. India, 2004.

14. Herrera M., Rodríguez N., *et al*. *Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas*. Rev Panam Salud Pública 21 (5), 2007.

15. Hidalgo E. *Informe sobre la elaboración de indicadores para la política de salud para la adolescencia y la juventud*. OPS-MSPAS. 2005.

16. Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida JM., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga JJ., Saxena S., Sarraceno B. *Los trastornos mentales en América Latina ye l Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Rev Panam Salud Pública 2005; 18 (4/5): 229-40.

17. *Normas de Atención y Manual de referencia para la aplicación de las normas. SALUD MENTAL*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, Centroamérica.

18. Offor D; Bennett K. Prevention. En: *Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M y Taylor E, eds. 4th. Edition. Blackwell Publishing. India, 2004 .

19. Pedreira JL. *Los Hospitales de Día en la atención de los Trastornos Mentales de la Adolescencia: orientación terapéutica*. En Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc. 2001, 2 (1): 68-92.

20. Puentes Rosas E., Gómez Dantes O., Garrido Latorre F. *Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México*. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(6):394-402

21. Puertas G., Ríos c, Del Valle H. *Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia*. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20 (5): 324-30.

22. Rehm J., Monteiro M. *Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implication for alcohol policy*. Rev Panam Salud Pública. 2005; 18 (4/5): 241-8.

23. UNAIDS' Terminology Guidelines. February 2008. https://intranet.who.int/whp/srite_edit/topics/who_style_guide.shtml

La edición de *Protocolo de Atención en Salud Mental a la Población Infanto-juvenil*, se terminó de imprimir en los talleres litográficos de Magna Terra editores (5a. avenida 4-75 zona 2, Ciudad de Guatemala) en julio de 2008. El tiro sobre papel bond beige 80 gramos consta de 500 ejemplares.