

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS EMOCIONALES

INTRODUCCIÓN

El tratamiento y la prevención de los trastornos emocionales se han convertido en una materia importante dentro de las políticas de salud mental del Estado, y es así como se ha incluido a los trastornos emocionales como prioridad de atención por ser de los trastornos mentales más relevantes.

Como los trastornos emocionales no tienen por lo general un inicio repentino, a menos que sean causados por eventos externos y su reacción anticipable medianamente, se vuelve primordial iniciar tratamiento en su fase prodrómica, ya que los síntomas paulatinamente se van agravando, y, como este tipo de alteraciones comprometen a todo el grupo familiar, su rápida solución contribuye a mantener un cierto equilibrio en ambientes que de una u otra forma ya pueden estar afectados por otro tipo de problemas psicosociales.

En el presente trabajo se describe una panorámica de los trastornos emocionales en sus aspectos epidemiológicos y psicosociales, en conjunto con una idea a sobre programas de tratamiento existentes en el nivel primario de atención.

Con una revisión de los aspectos mencionados, presentaremos un anteproyecto destinado a la prevención en el nivel primario de atención de salud. Este estaría destinado a mujeres embarazadas consultantes en este nivel, ya que en este tipo de pacientes se espera un considerable aumento de manifestaciones sintomáticas anímicas, por lo que probablemente estarían presentando en algún momento del puerperio o el embarazo, un trastorno emocional.

EPIDEMIOLOGÍA

Dentro de los trastornos emocionales que son posibles de señalar, aquellos que se consideran como trastornos del ánimo, ya sean bipolares o monopolares, son los que toman mayor importancia por ser consideradas las patologías graves dentro de este grupo y por lo mismo, han sido objeto de varios estudios epidemiológicos, de evolución y de tratamiento. Sin embargo, también es necesario considerar, especialmente en el nivel primario de atención, un grupo de cuadros menos graves, que también son trastornos emocionales, pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos, para los cuales no existe tal cantidad de datos.

Según el estudio de la ECA (Área de Capacitación Epidemiológica), realizado en 5 ciudades de EE.UU., la prevalencia de vida del trastorno bipolar es de 1,2 y del trastorno

monopolar, del 4,4% de la población total, con una expresión mayor dentro del grupo etéreo entre los 18 y los 44 años. En Chile, de acuerdo a la investigación de Vicente y cols, utilizando el instrumento CIDI/DIS en la provincia de Concepción, la prevalencia de vida del trastorno bipolar y monopolar es de 2,13% y 7,63% respectivamente. Los autores han encontrado, en la continuación del estudio a nivel nacional, una prevalencia similar para este grupo de enfermedades.

Para el grupo de trastornos emocionales asociados al embarazo y puerperio, mujeres cuya condición se considera como uno de los principales factores de riesgo, un estudio realizado en Chile sobre 108 mujeres (en control en el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, escogidas al azar) encontró una prevalencia de trastornos emocionales en el embarazo de 35,2%, cifra similar a las encontradas por autores escandinavos y similar también a la prevalencia de 30% encontrada por Milán y cols, en nuestro medio, para un grupo de embarazadas del mismo promedio de edad. En relación con la prevalencia de trastornos emocionales puerperales, el estudio de Jadresic y cols, encontró una cifra del 48,1% en mujeres chilenas a los dos y tres meses post parto, cifra similar a las encontradas por el mismo estudio escandinavo, que fue del 47,4% en madres estudiadas cuatro meses post parto. Para los trastornos depresivos en el embarazo, la prevalencia de 7,4% detectada por este estudio chileno es casi idéntica a la de un estudio inglés que encontró un 7,6%.

En un estudio de caracterización sociodemográfica y clínica de un grupo de pacientes con trastornos del ánimo, en la clínica de trastornos del ánimo del Instituto Dr. Horwitz, de Santiago de Chile, con un grupo de 192 pacientes con diagnóstico de trastorno del ánimo que fueron ingresando a la CTA, a partir de Marzo de 1987, se encontró:

Distribución por diagnóstico y por sexo

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
T. Bipolar	62	78.5	83	76.2	145	77.2
T. Monopolar	11	13.9	13	11.9	24	12.7
T. Esquizoafectivo	6	7.6	13	11.9	19	10.1
TOTAL	79	100	109	100	188	100

Promedios de edad del total de la muestra según sexo

Edad	Hombres	Mujeres	Total
------	---------	---------	-------

Inicio de Enfermedad	27.3 ± 10.5	27.4 ± 10.3	27.4 ± 10.4
Admisión al instituto	31.7 ± 12.0	31.1 ± 12.0	31.4 ± 12.0
Ingreso a la CTA	36.9 ± 12.0	43.3 ± 12.4	41.8 ± 12.5
Actual	42.8 ± 12.3	46.7 ± 12.8	45.1 ± 12.7

Promedio de edad de la muestra según diagnóstico

Edad	T. Bipolar	T. Monopolar	T. Esquizoafectivo
Inicio de Enfermedad	26.4 ± 9.9	34.9 ± 12.0	25.4 ± 7.3
Admisión al instituto	31.1 ± 12.0	36.7 ± 13.1	27.1 ± 7.9
Ingreso a la CTA	41.4 ± 12.6	47.3 ± 12.8	37.5 ± 7.9
Actual	44.8 ± 12.8	50.2 ± 13.3	40.5 ± 8.4

Edad de inicio de la enfermedad

	T. Bipolar		T. Monopolar		T. Esquizoafectivo	
	N	%	N	%	N	%
0 – 9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10 – 15	6	4.1	1	4.2	1	5.3
16 – 20	39	26.9	2	8.3	3	15.8
21 – 25	37	25.5	2	8.3	7	36.8
26 – 30	14	9.7	2	8.3	2	10.5
31 – 35	20	13.8	6	25.0	4	21.1
36 – 40	12	8.3	1	4.2	1	5.3
41 – 45	6	4.1	4	16.7	1	5.3
46 – 50	5	3.4	3	12.5	0	0.0
51 – 55	5	3.4	2	8.3	0	0.0
56 – 60	1	0.7	1	4.2	0	0.0
61 – 65	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Estado civil del total de la muestra

Estado Civil	N	%
Soltero	54	28.7
Casado	86	45.7
Separado	34	18.1
Viudo	8	4.3
Conviviente	6	4.3
TOTAL	188	100

Escolaridad de la muestra y por diagnóstico

Escolaridad	T. Bipolar	T. Monopolar	T. Esquizoafectivo	TOTAL
	N %	N %	N %	N %
Básica incompleta o completa	37 27.4	9 37.5	3 16.7	49 27.2
Media incompleta	47 34.8	11 45.8	8 44.0	66 37.3
Media completa	37 27.4	4 16.7	5 27.8	46 26.0
Universitario	14 10.4	0 0.0	2 11.1	16 9.0
TOTAL	135 100.0	24 100.0	18 100.0	177 100.0

Según un estudio cuantitativo denominado "Carga Enfermedad", que consiste en el cálculo del indicador años de vida ajustado por discapacidad o AVISA, que permite medir la importancia relativa de las enfermedades en términos de la pérdida de años de vida que se producen por muerte prematura y discapacidad, los datos obtenidos para los trastornos depresivos fueron los siguientes:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y RAZÓN POR MIL HABITANTES DE AMBOS SEXOS, CHILE 1993.			
Enfermedad	AVISA	Porcentaje	Razón/1000 hab.
Trastornos depresivos – MAD	53.279	3.01	3.87

ASPECTOS PSICOSOCIALES VINCULADOS AL PROBLEMA

Para el grupo de los trastornos emocionales, la literatura hace referencia a una serie de factores psicosociales que se relacionan al **riesgo** de contraer alguna de las alteraciones de este grupo. Entre estos factores encontramos la presencia de un estilo atribucional global, externo e incontrolable. Un segundo factor está dado por un estado de desamparo aprendido, que se encuentra en íntima relación con el estilo atribucional antes mencionado, por la inconsistencia en las conductas llevadas a cabo para enfrentar un problema y los efectos de dichas conductas. Se ha visto que este grupo de características se pueden encontrar presentes, en un mayor número, dentro de los sujetos pertenecientes a los sectores más deprivados de la sociedad, debido a la poca disponibilidad de recursos y menos estrategias de resolución de problemas. Otra serie de factores dice relación con aspectos como el género y la edad; aquí se ha determinado que el ser mujer y tener entre 18 y 44 años (para los trastornos bipolares) se asocia la presencia de un trastorno emocional. Los factores de riesgo también incluyen al abuso de alcohol y a las alteraciones hormonales (embarazo) en el grupo de las alteraciones anímicas. Por último, se asocia a estos trastornos el estilo de vida urbano, donde los sujetos se encontrarían frecuentemente frente a situaciones límite, donde las reacciones de estrés y, por ello, los síntomas ansiosos se desarrollan secuencialmente.

Al hablar de los factores **protectores**, la literatura hace mención a la cantidad y calidad de redes de apoyo existente para un individuo o grupo de ellos. Dentro de los rasgos de personalidad que protegen a los sujetos de sufrir una alteración emocional, las investigaciones indican a la extroversión y un estilo atribucional específico, interno y controlable. Por otro lado, una característica social que determinan una menor vulnerabilidad a desarrollar estos trastornos, está dada por el estado civil, ya que el ser casado(a) se asocia a una menor presencia de alteraciones emocionales. También dentro de lo netamente social, el mayor nivel de escolaridad se asocia a una menor presencia de alteraciones emocionales en la comunidad. En este punto es necesario señalar la estrecha relación entre este factor de escolaridad y la posibilidad de desarrollar redes de apoyo, ya que el primero es determinante de la existencia de las últimas, transformándose en factores protectores que pueden influir en varios ámbitos de la vida de los sujetos.

A la hora de hablar de factores que inciden en un **mal pronóstico**, los autores han encontrado que factores de personalidad, como tendencias histéricas e hipocondríacas determinan un curso desfavorable de los trastornos emocionales. También se ha encontrado que la coexistencia de un trastorno de personalidad con una alteración emocional, evoluciona a un mal pronóstico de estas últimas. Los rasgos como el neuroticismo y la autocompasión, junto con una mayor sensibilidad interpersonal, también contribuyen a un curso desfavorable de estos síndromes. Finalmente, se ha observado que aquellos pacientes que tienen un inicio precoz de la enfermedad, tienen un curso más grave y crónico.

Por último, también se han reconocido factores que inciden en el **buen pronóstico** de la enfermedad, entre los que se pueden citar el modelo compensatorio de ayuda y una buena adherencia a tratamiento.

PROGRAMA EXISTENTE EN LA REGIÓN.

En el nivel primario de atención, se está llevando a cabo un programa destinado al reconocimiento y tratamiento de trastornos emocionales en adultos, dirigido a toda la población consultante en los servicios de salud de este nivel.

La primera parte de la aplicación del programa consiste en el reconocimiento de la presencia de algún trastorno emocional en las personas que consultan por cualquier problema de salud, físico o mental. Esto lo realiza cualquier persona integrante del equipo de salud del consultorio, ya sean enfermeros, médicos, psicólogos o matronas. Para efectuarse el reconocimiento, uno de estos profesionales, al momento de realizar la revisión del paciente, puede utilizar sus conocimientos clínicos (capacitado) o bien una serie de instrumentos o cuestionarios de síntomas para este tipo de trastornos, como el GHQ o el SRQ (20 preguntas), que apuntan a detectar sintomatología afectiva, ansiosa o psicofisiológica, no con el propósito de hacer un diagnóstico, sino a determinar la posibilidad de ser ciertas las sospechas de alguna alteración de tipo emocional. Para el caso de la depresión, existen instrumentos como la Escala de Hamilton.

El segundo paso a seguir es determinar los caminos que debe tomar el paciente en el tratamiento de la alteración emocional que se le ha detectado. Si esta alteración es de carácter leve, se le invita a participar en taller de apoyo en trastornos emocionales, el que es llevado a cabo por un integrante del equipo de salud mental capacitado en el tema. Pero, si la alteración es un poco más grave, la persona es derivada al equipo de salud mental del consultorio, donde se determina si esa persona será atendida por medio de psicoterapia individual o familiar, por medio de tratamiento farmacológico o si será llevada al taller. Estas tres instancias no son excluyentes entre sí. En algunas circunstancias, el paciente puede ser derivado al nivel secundario de atención, para ser sometido a un tratamiento específico.

Es en una entrevista o minientrevista donde el profesional determina el diagnóstico, ya sea usando la escala ya nombrada o solo a través del examen mental clínico.

Idealmente, este reconocimiento de alteración emocional debería llevarse a cabo dentro del Examen de salud preventiva del adulto (ESPA), pero esto no se lleva a efecto siempre. A juicio del Ps, Felix Cova, del Consultorio San Vicente, dentro del examen de salud mental se deberían incluir, rutinariamente, las escalas para detección de depresión.

ANTEPROYECTO

Programa

Programa de prevención de trastornos emocionales en embarazadas.

Destinatarios

Mujeres embarazadas consultantes en el nivel primario de atención.

Diagnóstico

Recursos sociales y asistenciales: disponibilidad de recursos en consultorios (espacio, tiempo, recursos humanos, etc.).

Necesidades y problemas: para la realización del diagnóstico se utilizarán grupos focales, por medio de la aplicación de encuestas y entrevistas semiestructuradas a las mujeres consultantes en los centros de salud en que se instaurará el programa, acción tendiente a obtener datos relativos a detectar la presencia de factores de riesgo y también a la vulnerabilidad de la población. Además se pretende examinar las tasas de tratamiento, a nivel secundario y terciario, para obtener datos relativos a la incidencia y prevalencia de los trastornos del ánimo en embarazadas y madres en período de puerperio y a las características de ellas.

Programas de intervención existentes: consultar iniciativas de otros consultorios en el tratamiento de trastornos emocionales de la población consultante en este nivel, en cuanto a metodologías empleadas, recursos, accesibilidad, disponibilidad y adherencia a los programas.

Objetivos

Objetivo general: Disminuir la incidencia y duración de los episodios de alteración anímica de las beneficiarias.

Objetivos específicos:

- Instruir en el reconocimiento de síntomas indicadores de alteración anímica.
- Promover la decisión de consultar como alternativa viable y accesible al alivio de síntomas, tanto somáticos como psicológicos, que podrían indicar una alteración en el ánimo de las beneficiarias.
- Fortalecimiento y promoción de estrategias de afrontamiento adaptativas, frente a circunstancias causales de trastornos emocionales propios de la condición de las pacientes.

- Valoración y búsqueda de redes de apoyo, como consecuencia del reconocimiento de su función como factor protector frente al sufrimiento de un episodio anímico.

Actividades

- Realización de charlas, relativas al funcionamiento y estructuración de los sistemas de apoyo frente a los problemas afectivos existentes en los centros de atención y las instancias de acogida primarias a las que se deben dirigir.
- Psicoeducación, tendientes a la descripción de las diferentes alteraciones del ánimo que podrían afectar a pacientes embarazadas y en período de puerperio, destacando la expresión de sus síntomas indicadores y las acciones conducentes a su prevención.
- Instrucción a componentes del equipo de salud, para mejorar la claridad y especificidad del diagnóstico de alteraciones emocionales, ya sea a un nivel patológico o sindromático, además de la información sobre las instancias de ayuda implementadas para las pacientes que fueren diagnosticadas.
- Talleres, con el fin de establecer una red de apoyo alternativa a las que puedan tener hasta ahora. Aquí también se puede instruir sobre la búsqueda de redes de apoyo en su medio familiar o pequeño grupal.

Evaluación

Una vez finalizado el programa, podemos comparar las tasas de incidencia de trastornos emocionales en las embarazadas.

Podemos realizar una evaluación directa con las participantes, a través de la recolección de las percepciones de su estado de ánimo durante el período de embarazo. Aquí podemos utilizar las escalas de detección de síntomas emocionales. Se puede realizar una evaluación directa con los monitores y una evaluación indirecta, que puede involucrar a su grupo familiar.

REFERENCIAS

- Cabrera, J. Leiva, F. Micco, A. Molina, A. Barahona, M. (1996). Clínica de trastornos del ánimo del Instituto Psiquiátrico de Santiago: Experiencia de 6 años. *Revista chilena de neuropsiquiatría* **34**: 151-158.
- Heerlein, A. González, M. Jiménez, R. Santander, J. Richter, P. Personalidad y evolución de los trastornos del ánimo. *Revista chilena de neuropsiquiatría* **35**: 313-319.
- Jadresic, E. Jara, C. Miranda, M. Arrau, B. Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Revista chilena de neuropsiquiatría* **30**: 99-106.

- Leiva, F.; Cabrera, J. (1995). Caracterización sociodemográfica y clínica de un grupo de pacientes con trastornos del ánimo: clínica de trastornos del ánimo, 1987-1993. *Revista chilena de neuropsiquiatría* **33**: 105-113.
- Ministerio de Salud (1997). Situación de la salud en Chile. Tarjeta de presentación. *Departamento de Control y Gestión*.
- Sánchez, A. (1996). Intervención comunitaria: concepto, proceso y panorámica. Barcelona: EUB.
- Vera- Muñoz, G. (1996). Cumplimiento con la profilaxis en los trastornos afectivos. *Revista chilena de neuropsiquiatría* **34**: 251-256.

ASIGNATURA: Salud Mental en la Atención Primaria

DOCENTE: Bertha Escobar A.

PERÍODO: II Semestre de 1998.

ALUMNOS: [Tatiana Canales](#) y [Patricio Ramírez](#)