

# Programa de prevención en salud mental en atención primaria

M.C. Fernández Alonso (coordinadora del Grupo), F. Buitrago Ramírez, R. Ciurana Misol, L. Chocrón Bentata, J. García Campayo, C. Montón Franco, M.J. Redondo Granado y J. Tizón García

Grupo de Salud Mental del PAPPS.

Los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud más frecuentes que los profesionales de atención primaria atienden en la consulta. Su repercusión en la salud y la calidad de vida de los que los experimentan y sus familias, el coste económico y social, hacen necesaria una actuación integrada y coordinada que aborde el problema desde la promoción, la prevención, la detección precoz, la asistencia al proceso, la reinserción y el apoyo social a los enfermos y sus familias, desde una perspectiva multisectorial y necesariamente coordinada.

Se estima que el 15% de las personas presentará algún trastorno psicopatológico a lo largo de la vida (excluido el consumo de sustancias), y que la mayor parte serán procesos de larga duración.

La atención primaria de salud (APS) puede desempeñar un papel relevante en el nuevo concepto de abordaje de este problema, considerado por la Organización Mundial de la Salud como una prioridad sanitaria, económica y social; la prevención y el abordaje precoz son retos necesarios en los que el primer ámbito de atención puede tener un papel clave; del mismo modo, la corresponsabilización de los profesionales de la salud mental y de atención primaria en el seguimiento de estos pacientes permitirán su tratamiento en contextos más integrados en la familia y la comunidad. La accesibilidad, la continuidad de la atención y las múltiples posibilidades de contacto hacen de la APS el lugar idóneo para la detección de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, como las crisis psicosociales o las situaciones vitales estresantes y conflictos, potencialmente generadores de problemas de salud mental.

Hay pruebas científicas suficientes para afirmar que es mucho lo que se puede ofrecer a estos grupos de personas en riesgo para prevenir trastornos mentales futuros. La experiencia clínica y la investigación han mostrado que la intervención precoz en determinados casos, no sólo desde los profesionales sanitarios, sino también desde los recursos de asistencia social y/o institucional y comunitaria, pueden evitar trastornos psicosociales graves en el futuro, a veces irreparables.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), a través del grupo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), puso en marcha en 1991 un programa organizado de prevención salud mental cuyo objetivo es integrar las actividades de promo-

ción y prevención en la práctica asistencial de las consultas de atención primaria y ofrece unas recomendaciones de prevención en salud mental para su utilización por los profesionales, tanto por los médicos como por las enfermeras de este ámbito asistencial. Las recomendaciones se basan en revisiones de los estudios sobre la efectividad de distintas intervenciones y en recomendaciones emitidas por organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en prevención, y se revisan y se actualizan periódicamente. Las recomendaciones están dirigidas a todos los usuarios de los centros de atención primaria y el ámbito del programa está constituido por los 640 centros de salud adscritos en todo el país, en los que se atiende a una población de más de 8 millones de personas. Todavía en la actualidad se puede constatar que las propuestas en este sentido son escasas, tanto en el ámbito nacional como internacional. Los subprogramas incluidos en el programa general de salud mental del PAPPS son los siguientes:

### Infancia-adolescencia

- Atención a la mujer y al niño durante el embarazo y el puerperio.
- Embarazo en la adolescencia.
- Hijos de familias monoparentales.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica en los padres.
- Retraso escolar/trastornos en el desarrollo del lenguaje.
- Prevención de los malos tratos en la infancia.
- Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.

### Adultos-ancianos

- Pérdida de funciones psicofísicas. Atención al paciente y a sus familiares.
- Cuidado del paciente terminal y de su familia.
- Pérdida de un familiar o allegado.
- Jubilación.
- Cambios frecuentes de domicilio en los ancianos.
- Violencia doméstica. Violencia en la pareja.
- Malos tratos a los ancianos.

### Común a los 2 grupos

- Detección precoz de los trastornos de ansiedad-depresión.
- Prevención del suicidio.

Con el objetivo de facilitar la introducción de las actividades de prevención en salud mental, el grupo de trabajo estableció unos subprogramas prioritarios en función de determinados aspectos:

- La importancia de las acciones a prevenir (por frecuencia o por gravedad).
- La facilidad de la implantación de las medidas preventivas en la práctica.
- La disponibilidad de recursos, fundamentalmente en el apoyo mediante unidades de salud mental y asistente social.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se han propuesto como prioritarios los siguientes subprogramas en los grupos de infancia-adolescencia y adultos-ancianos, respectivamente.

### **Infancia-adolescencia**

- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica en los padres.

### **Adulto-anciano**

Se propone priorizar la atención sobre las personas que presentan las consecuencias de un duelo o que próximamente van a enfrentarse a pérdidas. Éstas son situaciones de la vida con una importante carga psicosocial y asisten-

cial que muchas veces ya es asumida por los profesionales de atención primaria. Lo que se pretende es llenar de un contenido distinto la atención que se está realizando, mediante orientaciones y recomendaciones específicas.

La propuesta que se prioriza consiste en ofrecer atención en el proceso de duelo a las personas que se enfrentan a las siguientes situaciones:

- Pérdida de funciones físicas. Atención al paciente y a sus familiares.
- Cuidado del paciente terminal y de su familia.
- Pérdida de un familiar o allegado.

El PAPPS puso en marcha su programa de prevención y ha sido un referente de ámbito nacional a la hora de implantar actividades de prevención en la cartera de servicios en los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas del Estado.

Para facilitar el uso de los protocolos de actuación y de las recomendaciones para cada uno de los programas, se aportan a continuación fichas resumen de todos ellos que se cree que pueden ser de utilidad al profesional en la consulta. El texto completo de los programas se encuentra disponible en la web de semFYC (PAPPS): <http://www.papps.org/recomendaciones/09-expertos-salud-mental.pdf>

# PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

## Fichas resumen de los subprogramas incluidos en el programa de salud mental del PAPPS

### ATENCIÓN A LA MUJER Y EL NIÑO DURANTE EL EMBARAZO

#### Recomendaciones

- Explorar, siempre con prudencia, las circunstancias en que se ha producido el embarazo y detectar factores de riesgo para la salud mental.
- Recabar información sobre las expectativas que la nueva situación despierta en los padres y sobre las características básicas de la dinámica familiar.
- Ofrecer atención adecuada a las necesidades individuales.
- Facilitar la expresión y ayudar a la «normalización» de los temores maternos.
- Promocionar una lactancia satisfactoria.
- Utilizar las visitas prenatales habituales (médico, pediatra, tocólogo) o los programas de atención a la mujer embarazada o de preparación al parto.
- Favorecer la intervención del pediatra en los programas del equipo de atención primaria.

#### Aspectos relevantes que se deben valorar durante el embarazo

- Actitud de aceptación o rechazo.
- Capacidad para expresar los sentimientos.
- Embarazos previos, abortos, partos complicados, trastornos psicopatológicos.
- Edad de la mujer.
- Estabilidad de la pareja.
- Monoparentalidad.
- Tratamientos y cuidados recibidos por los hijos previos.
- Antecedentes de maltrato infantil.
- Composición familiar.
- Recursos humanos, afectivos y materiales.
- Situación laboral y tipo de actividad.
- Seguimiento adecuado y periódico de los controles médicos.
- Antecedentes personales patológicos para descartar embarazo de alto riesgo.
- Padres con limitación intelectual.
- Antecedentes en cualquiera de los progenitores de trastornos delirantes, depresivos mayores, episodios de manía, intento de suicidio, trastorno grave de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo o abuso de drogas.

### Factores de riesgo psicopatológico durante la concepción y el embarazo

1. Embarazo en la adolescencia.
2. Hijos concebidos en violaciones.
3. Hijos no deseados.
4. Muertes de hermanos o familiares directos.
5. Embarazo de riesgo clínico:
  - Enfermedades graves de la madre o el feto.
  - Conductas y situaciones de riesgo prenatal: alcohol, drogas, problemas laborales o ambientales.
  - Consecuencias de medidas diagnósticas y/o terapéuticas.

#### Asumir el control en el equipo de atención primaria

- Cuando no se detecten conflictos psicopatológicos ni psicopatología previa.
- Realizar simplemente una labor de acompañamiento y facilitar información sobre aspectos médicos y psicopatológicos, manteniendo una actitud de disponibilidad.

#### Remitir a salud mental

- Si se detectan conflictos de rechazo ante la nueva situación, trastornos afectivos actuales, antecedentes de enfer-

medad psiquiátrica con síntomas presentes o sentimiento de culpa ante un embarazo no deseado.

- Cuando coexisten más de 2 factores de riesgo.
- Si se manifiesta un trastorno mental en la madre.

## ATENCIÓN A LA MUJER Y EL NIÑO DURANTE EL PUEPERIO

### Recomendaciones

1. Ofertar una visita al menos a los 10 días y 30-50 días después del parto.

Promoción del contacto físico de la madre con el hijo en las primeras 3 horas de vida.

2. Entrevista dirigida a detectar la adaptación a la nueva situación de la mujer y el entorno familiar, haciendo hincapié en las alteraciones emocionales y las incapacidades manifiestas de la madre para cuidar al hijo.

3. Valorar el estado emocional de la madre durante el puerperio:

- ¿Hay criterios de depresión mayor diagnosticada?
- ¿Hay momentos buenos durante el día?
- ¿Puede la mujer cuidar a su hijo con buen humor en algún momento del día?
- ¿Los trastornos del estado de ánimo (*blues* del puerperio) duran más de 4-6 semanas?
- ¿La madre puede cuidar al bebé o lo ha cedido a otras personas por sentirse incapacitada en su cuidado?

4. Favorecer la creación de grupos con un objetivo psicoprofiláctico.

5. Considerar la posibilidad de centros de acogida, de día, guarderías asistidas y otras posibilidades de la red social, para lactantes, niños y madres de riesgo.

6. Valorar la posibilidad de una visita domiciliaria cuando hay antecedentes previos de índole psicosocial.

4. Problemas psiquiátricos previos al embarazo.

5. Actitud negativa frente al embarazo:

- Embarazo no deseado.

- Dudas sobre la eventual interrupción voluntaria del embarazo en el inicio de la gestación.

6. Tensiones en la pareja durante el embarazo.

7. Intensidad del *blue* posparto.

8. Acontecimientos desfavorables que generan ansiedad vividos durante el puerperio.

### Aspectos relevantes que se deben valorar durante el puerperio

- Condiciones del parto.

- Estado de salud del recién nacido.

- Capacidad para proporcionar cuidados y afectos.

- Actitud ante la lactancia materna y antecedentes previos con los demás hijos.

- Valoración del estado de ánimo.

- Presencia de otros hijos en la familia.

- Atenciones recibidas por los otros hijos (controles periódicos del «niño sano», antecedentes de maltrato infantil).

- Composición familiar.

- Estabilidad de la pareja.

- Monoparentalidad.

- Recursos humanos, afectivos, materiales.

- Situación laboral y tipo de actividad.

- Antecedentes personales patológicos.

- Padres con limitación intelectual.

- Antecedentes en cualquiera de los progenitores de trastornos delirantes, depresivos mayores, episodio de manía, intento de suicidio, trastorno grave de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo o abuso de drogas.

- Desviaciones con respecto al programa del «niño sano» y sus protocolos.

- Circunstancias perinatales adversas: partos gravemente distólicos, prematuridad, Apgar bajo, sufrimiento fetal, enfermedad congénita o malformaciones, separación prolongada madre-lactante, hospitalización prolongada de la madre o el bebé.

### Remitir a salud mental

- Si se detectan trastornos psicopatológicos en la madre (depresión o psicosis puerperal).

- Si se manifiesta en cualquiera de los padres patología psiquiátrica grave.

- Cuando coexisten más de 2 factores de riesgo

- Si aparecen señales de alerta psicopatológica en el recién nacido: trastornos de la alimentación y/o deglución, del sueño y del comportamiento.

## Factores de riesgo de la depresión atípica del posparto

1. Edad de la madre (más frecuente antes de los 20 años y después de los 30 años).

2. Problemas familiares graves en la infancia de la madre.

3. Antecedentes de separaciones precoces de sus padres (en la madre).

# PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

## Recomendaciones

### 1. Prevención del embarazo en la adolescencia

#### Antes del embarazo:

- Orientaciones sobre planificación familiar en todos los adolescentes.
- Tratar con especial cuidado a las minorías étnicas.

#### En caso de embarazo en una adolescente:

- Considerarlo embarazo de alto riesgo biológico, psicológico y social.
- Recomendar especialmente los programas de ayuda al embarazo y puerperio.
- Entrevista familiar con el fin de explorar la situación y asegurar el apoyo familiar y social.
- Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.
- Revisar y aplicar las recomendaciones del subprograma preventivo «Hijos de familias monoparentales».
- Especial atención en las visitas del «niño sano» a las relaciones padres-hijo.

### 2. Colaborar en la «maternización» de la futura madre

- Explorar la aceptación de su embarazo y ayudar a explorar los deseos/temores de interrupción voluntaria del embarazo.
- Favorecer el apoyo familiar en la entrevista familiar.
- Favorecer el apoyo social: si hay carencias importantes, poner a la familia en relación con los servicios sociales a través del trabajador social del centro.
- Colaborar, si hay cesión del bebé, en que se defina claramente, tanto desde el punto de vista afectivo como legal.
- Ayudar a la definición de la diádica: apoyar que, si la madre no se hace cargo del bebé, pero éste queda en la familia, que haya una figura de vinculación para el niño con la suficiente estabilidad y afectivamente cercana.
- Salvo en este caso, en las entrevistas clínicas, el equipo de atención primaria debería dirigirse sobre todo a la madre.
- Si el apoyo a la madre no es suficiente, o suficientemente claro, ponerla en contacto con las organizaciones «profanas» y semiprofesionales de este ámbito.

### 3. Constitución de una triangulación originaria

- Colaborar en la búsqueda de una figura de apoyo para la madre.
- Recomendar la relación cotidiana o casi cotidiana con individuos del sexo diferente del cuidador, si éste lo hace en solitario.
- Atender al resto de recomendaciones del subprograma «Hijos de familias monoparentales».

### 4. Asegurar el apoyo familiar y social

- Entrevistas familiares periódicas (al principio, cada pocos meses) para explorarlo y facilitarlo.
- Revisión en estas entrevistas de la situación no sólo familiar, sino también social.
- Si fuera necesario, poner a la familia en contacto con el trabajador social del centro y/o con los servicios sociales.

### 5. Atención al bebé y al niño como individuos de riesgo biopsicosocial

- Especial atención al programa del niño sano realizado con los criterios de «Hijos de familias monoparentales».
- Revisiones mensuales hasta los 2 años, cada 6 meses hasta los 6 años y después, anualmente, hasta la adolescencia.
- Especial atención, durante esas visitas, al apartado «Salud mental» de dicho programa.
- Especial atención al estado afectivo y las relaciones de la madre.
- Especial atención a las relaciones padres-hijo a lo largo de toda la infancia y adolescencia del niño.

## HIJOS DE FAMILIAS MONOPARENTALES

## Recomendaciones

- Incluir la realización de un genograma como instrumento de exploración que evalúa la estructura familiar y permite detectar las situaciones de monoparentalidad.
- Detectar la presencia de factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología.
- El médico y los demás profesionales del equipo de atención primaria deben mantener una postura de escucha

y comprensión que permita percibir la vivencia y el sufrimiento del niño.

- Especial atención merece el seguimiento del embarazo de la adolescente, que puede terminar en una familia monoparental (aplicar las recomendaciones del subprograma de «Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia»).
- Señalar la situación de monoparentalidad de forma clara en la historia clínica del niño y el progenitor, por lo menos en la lista de «condicionantes y problemas» o su equivalente.

## Factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología en situaciones de monoparentalidad

- Disputas judiciales continuas e intensas por la custodia de los hijos tras la separación.
- Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño.
- Aislamiento y pérdida de apoyos sociales de los 2 progenitores.
- Dificultades de elaboración del duelo de un progenitor fallecido por parte del que sigue vivo.
- Mantenimiento de la ocultación o el secreto en relación con la muerte del padre o circunstancias de ésta por parte del resto de la familia.
- Madre soltera adolescente con escasos apoyo de su familia o importantes conflictos con ésta.
- Situaciones socioeconómicas muy desfavorables.
- Bajo grado de bienestar psicológico en la madre.
- Dinámica familiar conflictiva.
- Presencia de hijos pequeños.
- Abuso de drogas en el progenitor conviviente o ausente.

## Recomendaciones a padres divorciados

- Asegúrese de que sus hijos entienden que ellos no son la causa de su divorcio.
- Déjoles claro que el divorcio es definitivo.
- Mantenga invariables el mayor número posible de aspectos de la vida de su hijo.
- Ayude a sus hijos a expresar sus sentimientos dolorosos.
- Proteja los sentimientos positivos de su hijo hacia los 2 padres.
- Mantenga una disciplina normal en ambos hogares cuando se dé esta circunstancia.

– No discuta sobre sus hijos con su ex cónyuge en presencia de éstos.

– Intenta evitar las disputas sobre la custodia de su hijo en su presencia. Él necesita sentirse estable.

## ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA EN LOS PADRES

### Recomendaciones

- Incluir a los hijos, menores de 22 años, de padres con las características que se muestran en la tabla “Situaciones a considerar para inclusión en el subprograma”.
- Señalar la existencia de antecedentes psiquiátricos en los padres de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella, asegurando la presencia de algún sistema que permita localizar estos casos y facilitar la periodicidad de las visitas.
- Realizar un seguimiento especialmente cuidadoso y prudente del programa del «niño sano» y anotar con claridad las citas, aprovechando también la consulta espontánea para realizar estas actividades, puesto que los familiares suelen faltar a las citas o interrumpir los seguimientos.
- Realizar «sobre la marcha» o concertar al menos una entrevista con los familiares. El motivo directo puede ser el desarrollo del programa del «niño sano». El objetivo es recabar atención cuidadosa, acerca de los cuidados cotidianos recibidos por el niño y de cómo los padres se expresan acerca del niño.
- Si para revisar los cuidados recibidos por el niño el profesional del equipo de atención primaria encuentra difícil una entrevista abierta o semiabierta, en la que se incluya este tema, puede utilizar el sistema clásico de explorar *qué hace el niño en un día de la semana y en un día festivo*. Si no es suficiente pueden introducirse las preguntas de un cuestionario simple de cribado como el RQC (*Reporting Questionnaire for Children*).
- En caso de que surjan señales de alarma en el niño, contactar, si es necesario, con el médico de adultos, el trabajador social del centro, los servicios psicopedagógicos o los de salud mental. Considerar que la no presentación *repetida* a las consultas programadas implica una *señal de alerta suplementaria*, ante la que hay que reaccionar.
- Si los niños no acuden a las visitas periódicas y con cita, se recomienda establecer un contacto telefónico y/o una visita a domicilio, considerando que la *visita domiciliaria* proporciona muchos más datos y más fiables que cualquier otra entrevista.
- La periodicidad aconsejada es de una visita cada 6 meses hasta los 6 años, y luego anual hasta los 14 años,

asegurando un seguimiento periódico al menos hasta los 22 años.

- Mantener siempre una comunicación fluida entre médicos de adultos y pediatras para facilitar la implementación del programa.

## Situaciones que se deben considerar para inclusión en el subprograma

### 1. Enfermedad psiquiátrica diagnosticada en los padres:

- Trastornos delirantes.
- Trastornos depresivos mayores.
- Episodio de manía.
- Intento de suicidio.
- Trastornos graves de la personalidad.
- Esquizofrenia.
- Alcoholismo y abuso de drogas.

### 2. Sospecha de enfermedad mental grave, por presentar el niño o los padres algunos de los siguientes signos de alerta:

- Agresividad dentro de la familia.
- Episodios reiterados de tristeza e inhibición.
- Institucionalización psiquiátrica prolongada.
- Sospecha de abuso de drogas.
- Carencias biológicas, psicológicas o higiénicas importantes en los hijos o elementos que hacen pensar en una falta de cuidados adecuados y continuados de éstos.
- Malos tratos o abusos con los hijos.
- Episodios de ansiedad o depresión de la madre en el primer año de vida del niño.
- Aislamiento social de la familia.

## Señales de alerta

### 1. Recién nacido, lactante y preescolar (0-4 años)

- Desviaciones respecto al programa del «niño sano».
- Trastornos de la alimentación.
- Insomnio o hipersomnio persistentes.
- Trastornos de la comunicación/relación.
- Evidencia de malos tratos.
- Retraso en el desarrollo psicomotriz o del lenguaje.
- Anomalías en el juego y/o la escolaridad.
- Conductas inadecuadas de los padres (respecto a la alimentación, sueño y control de esfínteres).

### 2. Niño de edad escolar (5-11 años)

- Hipercinesia.
- Signos depresivos.
- Trastornos de la comunicación/relación.
- Trastornos por ansiedad.
- Manifestaciones somáticas.
- Conductas inadecuadas de los padres.
- Fracaso escolar con disarmonías evolutivas.

### 3. Púber y adolescente (11-22 años)

- Problemas con la justicia.
- Trastornos de la conducta.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos por ansiedad.
- Manifestaciones somáticas.
- Depresión, abuso de drogas, alucinaciones/delirio.
- Padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la adolescencia.
- Fracaso en la escuela o el trabajo.
- Aborto en la adolescencia.
- Alta frecuentación a los servicios sanitarios.

## RETRASO ESCOLAR

### Recomendaciones

- Conceder importancia psicosocial al *retraso escolar* y, mayor aún, al *fracaso escolar*, que constituyen un factor de riesgo y una señal de alarma, respectivamente, para la salud mental y la integración laboral y social.
- Evaluación periódica del desarrollo psicomotor y psicosocial, con apreciación de los aprendizajes (psicomotricidad, lenguaje, sociabilidad) dentro de los controles habituales del programa del «Niño sano».
- Los trastornos específicos del aprendizaje, una vez detectados, si son leves, pueden abordarse mediante la utilización de «medidas no profesionalizadas» y de la red social, recomendando en primer lugar a la familia la estimulación de las funciones menos desarrolladas, si se trata de aspectos instrumentales. Si el profesional no se halla suficientemente capacitado en estas áreas del desarrollo, es más adecuado realizar la interconsulta con el equipo psicopedagógico, de salud mental infantil o de atención precoz.
- Si los trastornos específicos del aprendizaje detectados son graves (o leves pero no están resueltos en los límites temporales acordados) debería realizar la interconsulta y/o consulta conjunta con el equipo psicopedagógico o de atención precoz. Si coexisten trastornos psicopatológicos

del niño o de su familia o bien señales de alerta, debería asegurarse el necesario concurso de un equipo de salud mental infantojuvenil.

– Señalar la existencia de retraso o fracaso escolar de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.

## Causas generales del retraso escolar

### 1. Factores psicológicos inespecíficos:

- Trastorno por déficit de atención.
- Depresión infantil.
- Trastornos de la vinculación en la infancia.
- Trastornos por ansiedad de separación.
- En general, los trastornos por ansiedad.
- Otros cuadros psicopatológicos (en general, todos los graves tienden a afectar los aprendizajes escolares).

### 2. Factores psicológicos específicos:

- Dislexia.
- Disortografía.
- Discalculia.
- Disgrafía.

### 3. Factores biológicos:

- Alteraciones cognitivas de base neurológica, metabólica, endocrina, etc.
- Alteraciones sensoriales.
- Alteraciones psicomotrices tempranas.

### 4. Factores sociales y psicosociales:

- Disfunciones familiares.
- Disfunciones de redes sociales.
- Disfunciones de la institución escolar.

## Áreas que los profesionales de atención primaria deben valorar ante un niño con dificultades escolares

### 1. Verificar el retraso:

- Análisis del último informe escolar escrito.

### 2. Descartar problemas de método o entorno educativo:

- Valorar el método familiar de motivación y apoyo al estudio.
- Valorar el horario y entorno de estudio.
- Valorar horario y entorno de actividades de ocio.
- Valorar horario y entorno de reposo-sueño.

### 3. Análisis de psicomotricidad, sensorio y capacidad mental:

- Valorar visión y audición.
- Exploración neurológica.
- Valorar enfermedades crónicas.
- Valorar estabilidad/satisfacción del grupo familiar.
- Valoración familiar de la comprensión del niño.
- Valoración de las relaciones con otros niños y adultos.
- Valoración de las relaciones con sus padres.
- Observación de la comprensión y conducta del niño en la visita.
- Valoración de los juegos del niño.
- Exploración de la lateralidad (ojo-mano-pie).
- Exploración de la lectura.
- Exploración de la escritura.
- Valoración de la afectividad (dibujo de la familia).

### 4. Prevención en salud mental, valorando factores de riesgo y señales de alerta:

#### ● Trastornos graves de la comunicación/relación:

- Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla.
- No responde a estímulos sociales.
- Es difícil de calmar, baja tolerancia a frustración.
- Patrón peculiar del habla: ecolalia, verborrea, etc.
- Evidencia de malos tratos.

#### ● Retraso en el desarrollo psicomotriz, del habla o del lenguaje:

- Movimientos estereotipados y repetitivos.
- Conductas distorsionadas: automutilación, autoagresiones o heteroagresiones, etc.
- Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos).

## TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

### Recomendaciones

1. El lenguaje es un fenómeno muy complejo con bases biológicas, emotivas, cognitivas y sociales. Su plena

adquisición tiene una notable variabilidad interpersonal y no sigue rígidamente una secuencia ordenada de elementos. En los cribados de detección se obtienen importantes porcentajes de falsos positivos y negativos en edades tempranas.

2. Realizar sistemáticamente una valoración del desarrollo psicomotor y el lenguaje en todos los controles del niño sano hasta los 6 años de edad. En caso de la detección de un trastorno habría que:

- Descartar hipoacusia y otros trastornos sensoriales o neurológicos.
- Descartar autismo y trastornos grave del desarrollo: valorar la conexión y expresividad afectiva.
- Valorar hasta qué punto el niño comprende el lenguaje de los adultos.
- Valorar la capacidad de expresión y comunicación (no verbal) del niño.
- Valorar el lenguaje verbal: sonidos, palabras, frases, pronunciación de palabras, trabalenguas, estructuración gramatical.
- Explorar y valorar las relaciones familiares: funciones de diáda y funciones de triangulación primitiva.
- Valorar los factores de riesgo y señales de alerta para la prevención en salud mental.

3. Si los problemas son leves: orientación sanitaria y recomendar sistemas «profanos» de ayuda, animando a la familia a frenar la «persecución ansiosa del lenguaje» o la «preocupación excesiva a propósito del lenguaje», recomendándoles medidas como el «baño de lenguaje», juegos sistematizados, «cuentos para irse a dormir», «cuentos al amor de la lumbre» y otras actividades lúdicas para aumentar el interés por el lenguaje y los aprendizajes.

4. Si los problemas son graves, o no se han podido clasificar, o leves y no han respondido a las medidas anteriores, o bien cuando el niño cumple 5 años, el profesional de atención primaria puede (y debe) realizar la interconsulta y, en su caso, la derivación a los equipos especializados.

5. Señalar la existencia de trastorno del habla o del lenguaje de forma clara en la historia clínica del niño y en un registro específico fuera de ella.

- Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla.
- No responde a estímulos sociales.
- Es difícil de calmar, baja tolerancia a frustración.
- Patrón peculiar del habla: ecolalia, verborrea, etc.
- Evidencia de malos tratos.

- Retraso en el desarrollo psicomotriz, del habla o del lenguaje:

- Movimientos estereotipados y repetitivos.
- Conductas distorsionadas: automutilación, autoagresiones o heteroagresiones, etc.
- Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos).

## 2. Trastornos del habla (de la expresión verbal):

- Retraso simple del habla.
- Trastorno fonológico: dislalias, disfonías, disglosias.
- Disfemia o tartamudez.

## 3. Trastornos del lenguaje (de la estructura del lenguaje):

- Trastorno expresivo del lenguaje.
- Trastorno mixto, receptivo-expresivo, del lenguaje.

## Signos de alerta tempranos en la evolución y el desarrollo del habla

- Ausencia de sonidos modulados («cantarse el sueño») o de respuesta a sonidos externos a los 3-5 meses.
- Ausencia o monotonía del balbuceo en el segundo semestre.
- No decir palabras significativas y/o no entender signos simples a los 2 años.
- No usar más que palabras sueltas o ininteligibles a los 3 años (sin fraseo alguno).
- Alteraciones persistentes de la pronunciación (dislalias) o de la fluidez verbal (disfasias, disfemias) a partir de los 4 años.
- Las jergafasias (el habla en jerga incomprensible o casi incomprensible, con neologismos, paralogismos, etc.).

## PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

### Recomendaciones

- El término **malos tratos** engloba diferentes formas de abuso: **violencia física, maltrato emocional, abuso sexual,**

## Resumen de los trastornos del habla y el lenguaje

### 1. Aparición de señales de alerta que implican alteraciones en el desarrollo del lenguaje:

- Trastornos graves de la comunicación/relación:

negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional. Los niños que han sido víctimas o testigos de malos tratos a menudo experimentan alteraciones en su desarrollo físico, social y emocional.

-Los profesionales de AP deben de estar alerta e investigar la presencia de factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad e intervenir preventivamente en los mismos (prevención primaria). Para ello se recomienda:

- Incluir en el programa de seguimiento del embarazo la detección de signos de alerta o factores de riesgo en la familia de los futuros padres.
- Promover en los programas de psicoprofilaxis en el embarazo actividades de refuerzo y protección para los futuros padres (pautas de crianza, habilidades y pautas de resolución de problemas).
- Promover las redes de apoyo: grupos de madres (de autoayuda) para compartir experiencias, nuevos aprendizajes, darse seguridad, mejorar las relaciones sociales.
- Promover la visita en domicilio del recién nacido en riesgo psicosocial, por parte del médico, matrona y/o enfermera pediátrica, para una valoración “en el terreno” de la situación; actitudes de los padres, detección de señales de alerta, asunción de roles parentales, establecimiento del vínculo afectivo y cuidado de las primeras relaciones.
- Promover los programas de atención al puerperio.
- Los profesionales también deben ser capaces de detectar precozmente el abuso identificando signos de alerta y señales o síntomas para los distintos tipos de violencia (prevención secundaria).
- Ante la sospecha de una situación de maltrato se debe realizar:

  - Entrevista clínica al niño y a los padres.
  - Exploración física al niño víctima de maltrato.

- Si se confirma el maltrato es preciso realizar un abordaje integral y multidisciplinar (prevención terciaria), realizando una valoración física, psicológica y social, y actuar en función de la situación de riesgo del menor.
- Si hay riesgo vital inmediato (físico o psíquico) hay que derivar al menor al hospital.
- Si hay riesgo social (amenaza para la vida de los hijos, ausencia de apoyo social) hay que comunicarlo al Juzgado y al Servicio de Atención al menor.
- En caso de agresión sexual debe remitirse siempre al hospital para valoración médica y forense.
- En el resto de los casos se procederá según la evaluación realizada.

- Valoración y tratamiento de las lesiones físicas e inmunizaciones y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y embarazo si procede.
- Realizar parte de lesiones para los servicios judiciales.
- Contactar con el trabajador social y elaborar el informe social.
- Informar al Servicio de Protección a la Infancia.
- Establecer un plan especial de seguimiento del niño y de la familia.
- Registrar de casos de víctimas de maltrato en la historia clínica.

-Además de la actuación con el menor hay que contemplar siempre la actuación con los padres cuando estos son los agresores.

-La intervención ante sospecha de maltrato o riesgo del mismo, requiere la coordinación de profesionales de distintos ámbitos (escuela, servicios sociales,

## Factores de riesgo y vulnerabilidad

### 1. Personales:

Deficiencias físicas o psíquicas.  
Dependencia biológica y social.  
Separación de la madre en el período neonatal.  
Niño hiperactivo.  
Prematuros y discapacitados.

### 2. Familiares

Embarazo no deseado, padres adolescentes.  
Padre o madre no biológica.  
Familias monoparentales.  
Abuso de drogas o alcohol, prostitución.  
Trastorno psiquiátrico en los padres.  
Deficiencia mental.  
Abandono o fallecimiento de uno de los cónyuges.  
Antecedente de maltrato familiar.  
Relaciones conyugales conflictivas.  
Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas del niño.  
Expectativas irrationales respecto al desarrollo del niño.  
Padre dominante. Madre pasiva.

### 3. Sociales

Soporte social bajo, aislamiento.  
Nivel socioeconómico bajo.  
Hacinamiento, inmigración, desempleo.

## Señales y signos de alerta

### 1. Inespecíficas:

- Incumplimiento de las visitas de control del niño.
- Hiperfrecuentación por motivos banales.
- Cambios frecuentes de médico.
- Negación de informes de ingresos hospitalarios.
- Falta de escolarización.
- Agresividad física o verbal al corregir al niño.
- Coacciones físicas o psicológicas.
- Complot de silencio respecto a la vida y las relaciones familiares.
- Relatos personales de los propios niños.

### 2. Menores de 5 años:

- Retraso psicomotor, apatía, aislamiento, miedo, inseguridad, hospitalizaciones frecuentes, enuresis, encopresis, conductas de dependencia, trastornos del sueño, terrores nocturnos, cambios de apetito, ansiedad ante las revisiones médicas, hematomas, quemaduras, explicaciones contradictorias respecto a lesiones.

### 3. Preadolescentes:

- Fracaso escolar, problemas de conducta, agresividad, sumisión, hiperactividad o inhibición, escasa autoestima, trastornos del lenguaje y aprendizaje, ansiedad o depresión, insomnio, absentismo escolar, fugas del domicilio, pérdida o ganancia de peso repentina, conocimientos sexuales inapropiados para su edad.

### 4. Adolescentes:

- Trastornos psicosomáticos, cambios de apetito, depresión, ideación suicida, aislamiento social, fugas del domicilio, promiscuidad sexual, ansiedad, consumo de alcohol o drogas.

## DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### Recomendaciones

- Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) constituyen en la actualidad un importante problema de salud. Además, los medios de comunicación han creado en la población general una preocupación, a veces en exceso alarmista.

– Las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV incluyen 2 trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y, además, la categoría «trastorno de la conducta alimentaria no especificado», que engloba la mayoría de los trastornos.

– Transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable, realizar al menos alguna comida en casa con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen.

– Identificar a las personas con factores de riesgo y a los pacientes con síntomas o signos de alarma para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz.

– Entrevistar al paciente solo, en un clima de confianza y respeto, aprovechando cualquier oportunidad. Preguntas útiles: *¿te parece que tu peso es adecuado?*, *¿comes todo tipo de alimentos?*, *¿haces mucho ejercicio?*, *¿te gusta como eres físicamente?*, *¿cuándo tuviste la última regla?*, *¿cómo van las cosas en casa?*, *¿cómo estás de ánimo?*

– Realizar un *examen físico* (índice de masa corporal, inspección y exploración por aparatos) y solicitud de *pruebas complementarias* (hemograma, bioquímica, hierro, proteinograma, iones, hormonas tiroideas, electrocardiograma) para hacer un diagnóstico diferencial y descartar otras causas orgánicas de desnutrición (neoplasias, diabetes, hipertiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía) o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicosis, abuso de drogas).

– Contactar con un especialista en salud mental y derivar a la Unidad de Salud Mental cuando se detecta un TCA bien delimitado. También será preciso realizar una derivación urgente a un centro hospitalario si hay criterios de gravedad: fallo en el tratamiento ambulatorio, peso extremadamente bajo, complicaciones orgánicas, necesidad de aislamiento por grandes disfunciones familiares, necesidad de medios asistenciales para garantizar el cumplimiento terapéutico o comorbilidad psiquiátrica con ideas autolíticas o síntomas psicóticos.

– Mantener una buena relación con la familia y el paciente y una estrecha colaboración con la unidad de salud mental en el seguimiento. Estar alerta para detectar precozmente las posibles recaídas.

### Factores de riesgo

- Preadolescentes y adolescentes.
- Sexo femenino.

- Antecedentes familiares de obesidad y de TCA.
- Práctica de determinados deportes o actividades (ballet, atletas, modelos, bailarinas, gimnastas, etc.).
- Homosexualidad en varones.
- Dependencia excesiva, inmadurez y aislamiento.
- Problemas médicos crónicos que afecten a la autoimagen (diabetes, obesidad, etc.).
- Conflictividad familiar (familias desorganizadas, poco cohesionadas, con baja tolerancia hacia el sufrimiento familiar, críticas, etc.).
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años.

## Síntomas y signos de alarma

### 1. Anorexia

- Adelgazamiento.
- Amenorrea.
- Lanugo.
- Demanda de diuréticos o laxantes.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Actividades para adelgazar.
- Vómitos y signos indirectos (edemas de cara, erosión del esmalte dental, etc.).

### 2. Bulimia

- Intentos fallidos de pérdida de peso.
- Historia familiar de depresión.
- Vómitos y signos indirectos (edemas de cara, erosión del esmalte dental, etc.).
- Hipertrofia parotídea.
- Reflujo gastroesofágico.
- Ejercicio obsesivo y excesivo.
- Disforia.

## PÉRDIDA DE FUNCIONES PSICOFÍSICAS. ATENCIÓN AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

### Recomendaciones

- Priorizar los casos recientes, por ser más detectables y más susceptibles a las iniciativas de prevención primaria
- Identificar o designar un cuidador familiar (se ocupa directamente del enfermo) y un cuidador de enlace (es el intermediario con los profesionales). Una misma persona puede realizar ambos papeles.

- Implicar al paciente en el plan de cuidados globales, participando y comprometiéndose en su autocuidado, con el objetivo de favorecer la autonomía y mejorar la autoestima.
- Facilitar información sobre la situación, las repercusiones de la pérdida y el proceso de duelo, explicando qué es lo que se puede lograr. Deben valorarse también los cambios previsibles en la situación laboral, familiar y el nivel de dependencia que la pérdida puede suponer.
- Apoyar los cambios que el paciente ha de realizar en su escala de valores.
- Programarse objetivos alcanzables y bien delimitados para poderlos supervisar o evaluar con posterioridad.
- Favorecer el contacto con las redes de apoyo mutuo, con la red asistencial «profana» y con las asociaciones especializadas.
- Facilitar *información de la situación en una entrevista familiar* o con los miembros de la familia que vayan a tener que soportar el peso fundamental de la situación.
- Poner en contacto a la familia con el trabajador social del centro, integrando a éste en el subprograma e incluyéndolo en la toma de decisiones.
- En algunas entrevistas conviene favorecer la expresión de sentimientos, pensamientos y fantasías del paciente, así como (en privado) del cuidador principal, procurando acoger y explicar dichas manifestaciones y sus formas de expresión y canalización más adecuadas.
- Favorecer la existencia de un tiempo de descanso para el cuidador familiar.
- Realizar un seguimiento del duelo en el paciente y la familia, la evolución creciente o decreciente de la autonomía o de la dependencia, así como la actitud del grupo familiar ante la pérdida, atendiendo especialmente al posible aumento del aislamiento o al deterioro brusco o progresivo de los cuidados.
- Si se detecta la presencia de síntomas de duelo patológico y los casos empeoran a pesar de las medidas iniciadas en el equipo de atención primaria o se presentan signos claros de psicopatología, habrá que realizar una interconsulta/derivación a la unidad de salud mental.
- Asegurar la *continuidad y estabilidad* de los profesionales/equipo sanitario de referencia que atenderán al paciente.
- La presencia de la circunstancia o problema que define el subprograma debería estar señalada de forma clara en la historia clínica, por lo menos en la lista de «condicionantes y problemas» o su equivalente, y en un registro específico fuera de ella.

## CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

### Recomendaciones

- Identificar o designar un cuidador familiar (se ocupa directamente del enfermo) y un cuidador de enlace (es el intermediario con los profesionales). Una misma persona puede realizar ambos papeles.
- Incluir al paciente en el plan de cuidados globales, participando y comprometiéndose en su autocuidado, con el objetivo de favorecer la autonomía y de mejorar la autoestima.
- Mantener un contacto directo con el paciente (en el centro de salud o en el domicilio) y no dejar de visitarlo hasta el último momento. La continuidad de los cuidados favorece el valor psicobiológico de la relación.
- Promover la atención que asegure el máximo bienestar y calidad de vida (especial atención a aspectos como la analgesia eficaz, otras medicaciones, higiene adecuada, movilización, contener la inquietud y la depresión del paciente y de la familia, etc.).
- Explorar cuidadosamente qué sabe de la naturaleza de su enfermedad con el fin de disminuir, en lo posible, sus temores: miedo al dolor, a la soledad y a que su vida carezca de sentido.
- Evitar apriorismos ideológicos sobre el *«decirlo o no decirlo»*. Atender los deseos del enfermo (lo que sabe, lo que quiere saber, cómo y cuándo lo quiere saber) y procurar la corresponsabilización de la familia. En nuestro medio cultural es conveniente basarse en la negociación.
- Cuándo decirlo (pero siempre con prudencia y escuchando lo explícito y lo implícito del paciente a lo largo del proceso de negociación). Cuando se cumplen al menos 3 de los siguientes criterios:
  - Cuando el paciente lo pide reiteradamente.
  - Con argumentos consistentes y razonados.
  - En pacientes no muy vulnerables desde el punto de vista psicopatológico.
  - Con necesidades reales de «arreglar» o reparar asuntos concretos (herencias, relaciones interrumpidas, etc.).
  - Cuando el médico conocía el deseo previo del paciente y valora que actualmente es el mismo.
- Realizar al menos una entrevista familiar, valorando el grado de conocimiento que tiene la familia sobre el diagnóstico y los sentimientos asociados a la pérdida de un ser querido, estando atentos a las señales de alerta de un duelo patológico.

- La existencia de la circunstancia o problema que define el subprograma debería estar señalada de forma clara en la historia clínica.

### Campos de información que hay que valorar en la entrevista en una situación de duelo en general (duelo por pérdida psicofísica, por un familiar o allegado, paciente terminal)

#### Con el paciente (o el paciente designado)

##### 1. Aspectos somáticos de la salud:

- Cómo come, duerme, si tiene dolor o cansancio, si presenta otros problemas, etc.

##### 2. Significación de la pérdida:

- Los cambios y reajustes que supone la pérdida.
- Sus creencias religiosas.
- Existencia de posibles alternativas sustitutorias de la pérdida.

##### 3. Forma de enfrentarse a la situación de crisis:

- Vivencia y expresión de sentimientos (culpa, ira, impotencia, ambivalencia, temor, negación, depresión, etc.).

##### 4. Experiencias anteriores, personales o familiares y forma en que se enfrentó a ellas.

##### 5. Vivencia de la enfermedad o pérdida y expectativas de ayuda:

##### • Valorar aspectos relativos a:

- Qué es lo que conoce de la enfermedad («qué cree que tiene») o pérdida.
- Cómo cree que puede evolucionar.
- En qué aspectos le limita.
- Si está de acuerdo con el tipo de ayuda recibida.
- Qué espera de nuestra ayuda.
- Quién más le puede ayudar.

#### Con la familia o cuidador

##### 1. Aspectos somáticos de la salud:

- Cómo come, duerme, si tiene dolor o cansancio, si presenta otros problemas, etc.

2. Significación de la pérdida:

- Los cambios y reajustes que supone la pérdida.
- Sus creencias religiosas.

3. Forma de enfrentarse a la situación de crisis:

- Vivencia y expresión de sentimientos (culpa, ira, impotencia, ambivalencia, temor, negación, depresión, etc.).

4. Experiencias anteriores, personales o familiares y forma en que se enfrentó a ellas.

5. Red natural de apoyo:

- Disponibilidad de la familia, patrones de comunicación (amigos, vecinos, etc.).

6. Red de apoyo organizada:

- Recursos existentes en la comunidad (grupos de autoayuda, asociaciones de voluntarios, ayuda profesional, etc.).

## PÉRDIDA DE UN FAMILIAR O ALLEGADO

### Recomendaciones

- Toda pérdida de un familiar o allegado con el que se ha convivido supone una transición psicosocial o, en otros términos, un «proceso (psicológico) de duelo».
- Determinar en qué persona o personas, *dentro del círculo de la familia y allegados*, la pérdida puede desempeñar un papel desequilibrante en los ámbitos psicológico, biológico o social (*familiar/es de atención preferente*). Buena parte de la información necesaria para determinar el *familiar de atención preferente* ha podido ser transmitida por el cuidador de enlace durante el proceso asistencial previo.
- Respetar la intimidad necesaria de las primeras semanas tras la pérdida y no intervenir si no se solicita ayuda de forma expresa. En ausencia de factores de riesgo de duelo patológico, ofrecer la posibilidad de ver al familiar/es en un período de 2-3 meses para ver «*cómo siguen las cosas*».
- Citar dentro de los 2 primeros meses cuando hubo duelos complicados previamente, en presencia de psicopatología previa diagnosticada y en presencia de factores de riesgo de duelo patológico).
- Destinar en alguna entrevista un tiempo suficiente para que la persona atendida y/o la familia expresen sus

sentimientos, recuerdos o los aspectos significativos de su situación actual, aceptando y respetando las diversas manifestaciones individuales.

– Respetar, en lo posible, la ausencia de expresión de sentimientos manteniendo, sin embargo, una actitud de disponibilidad.

– Explorar en las entrevistas la aceptación de la pérdida (del fallecido), la vivencia de pena y sufrimiento, la adaptación al medio (contando con la ausencia del fallecido), la expresión de dudas, culpa, protesta o críticas acerca del fallecido y de la relación con él y también la reorientación de la comunicación y los intereses emocionales hacia nuevas relaciones.

– Durante los 6-12 primeros meses, si no hay factores de riesgo ni psicopatología clara, efectuar una labor de *acompañamiento*.

– A partir de los 12 meses ayudar a la *elaboración* (pueden abordarse temas como las ropas, los rituales respecto al fallecido, las visitas al cementerio o la duración del luto) y favorecer la *expresión* de lo que se «hubiera querido decir al fallecido» y no se pudo, mediante la expresión escrita o compartiéndolo con el médico o la enfermera.

– Tener en cuenta el valor del aniversario de la muerte (en los primeros años se recrudecen las señales que recuerdan la pérdida, tanto consciente como inconscientemente, y tanto en el ámbito mental o relacional como somático).

– Si se detecta la presencia de síntomas de duelo patológico o signos claros de psicopatología habrá que realizar una interconsulta/derivación a la unidad de salud mental.

– La presencia de la circunstancia o problema que define el subprograma debería ser señalada de forma clara en la historia clínica.

## Factores de riesgo de duelo patológico

- Niños preadolescentes.
- Viudos de más de 75 años.
- Personas que viven solas, personas aisladas socialmente, con red social deficitaria.
- Muertes súbitas, en especial por suicidio.
- Relaciones con el muerto difíciles.
- Antecedentes de trastorno psiquiátrico, en especial depresión.
- Antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas.
- Disfunción familiar.
- Esposa superviviente, en especial el primer año.
- Autoestima y confianza en sí mismo escasas.

## Ejemplos de duelo patológico (trastorno adaptativo)

- Paranoide: reivindicativo y con querulancias sostenidas.
- Maníaco: negación y euforia sostenidas.
- Depresivo: depresión mayor cuando se presenta más de 6 meses después de la pérdida o con importantes sentimientos de culpa.
- Somatizador: con tendencia a las somatizaciones.
- Obsesivo: tendencia a los rituales (no sólo los rituales normales en cada cultura).
- Con disfunciones familiares consecutivas evidentes.
- Otras formas psicopatológicas.

## JUBILACIÓN (PREPARACIÓN DE LA RED SOCIAL TRAS LA JUBILACIÓN)

### Recomendaciones

1. La jubilación se define como la prestación salarial y situación social que conlleva el cese de la etapa laboral de la vida del individuo, por razón de la edad o por incapacidad física y/o mental.
2. El paso a la inactividad laboral en las personas que han dedicado varias décadas de su vida al trabajo supone una compleja transición psicosocial.
3. La jubilación es una etapa que conlleva cambios económicos, físicos y psíquicos, y repercusiones en la estructura y densidad de las *relaciones sociales y familiares* del individuo.
4. El objetivo básico del subprograma es lograr la preparación de la red social (formal e informal) para la jubilación, con el fin de lograr que la jubilación no sea vivida como traumática por el individuo, sino como un proceso natural que conlleve los máximos beneficios psicofísicos.
5. Atención previa, a través de una entrevista individual o familiar, a ser posible en el año anterior a la jubilación. Los objetivos de esta entrevista serían:
  - Explicar la jubilación como un proceso natural de transición psicosocial, que tiene repercusiones relevantes en la mayor parte de los aspectos de la vida y que puede originar desajustes personales en el jubilado y en el seno familiar.
  - Advertir de la importancia de mantener una vida mental, física y social activa.

– Orientar hacia el reforzamiento de las actividades de relaciones sociales, culturales, de ocio, lúdicas e incluso físicas y deportivas posteriores a la jubilación.

– Detectar los factores de riesgo psicosocial que son previsibles al jubilarse.

– Situar al individuo en el grupo de *riesgo alto* (presencia de varios factores de riesgo) o *riesgo bajo*, respecto a las probabilidades de descompensación con la jubilación.

6. A los individuos con riesgo alto de descompensación biopsicosocial se les ofrecerá, al menos, 2 visitas concertadas a los 2 y 6-12 meses de la jubilación efectiva y con posterioridad según evolución la situación.

7. A los individuos con riesgo de descompensación bajo se les hará un seguimiento en alguna de las visitas habituales por otros motivos, durante los 2 años posteriores a la jubilación.

8. Solicitar de la familia el apoyo que precise el jubilado, reforzar psicológicamente la red familiar y prevenir posibles desajustes en el núcleo familiar, identificando los individuos más propensos a estas descompensaciones.

9. Si la persona que va a jubilarse tiene decidido acudir a alguno de los cursos de preparación a la jubilación (bien en su empresa o fuera de ella) habrá que animarle a que acuda acompañado de su cónyuge.

10. Señalar la situación de jubilación de forma clara en la historia clínica.

### Red social informal o familiar

– Constituida por la propia familia (pareja, hijos, nietos, etc.) y también los amigos, vecinos, compañeros y conocidos.

### Red social formal o extrafamiliar

– Constituida por profesionales de diferentes campos, que realizan el apoyo mediante determinados programas o de forma voluntaria.

### Factores de riesgo de descompensación biopsicosocial tras la jubilación

– Tipo de jubilación: sobre todo en las jubilaciones impuestas o forzadas.

- Sexo del jubilado: más riesgo en varones.
- Estado previo de salud: mayor riesgo a menor grado de salud.
- Disminución en diferentes capacidades: en la expresión de sentimientos, en el grado de confianza en sí mismo y en las actitudes para el aprendizaje.
- Estructura familiar y estado civil: la presencia de hijos dependientes y la ausencia de cónyuge (viudedad) condicionan un mayor riesgo.
- Profesión y trabajos previos: mayor riesgo cuando el grado de satisfacción laboral era alto.
- Escasa motivación o intereses en otras actividades.
- Escasa o inadecuada red de apoyo social.
- Cuantía de ingresos insuficientes para las necesidades habituales del jubilado.
- Ausencia de preparación previa para la jubilación.

– Facilitar la continuidad de la atención, procurando que dentro del centro de salud donde acude el anciano sea siempre el mismo médico y enfermero quienes les atienden, y preferentemente que sea el médico y la enfermera que trata a la familia residente en la zona.

– Elaboración (por parte del médico de cabecera) de un *informe clínico móvil* para el anciano, donde se haga constar el resumen de la valoración integral del anciano, los problemas detectados y tratamientos prescritos y la necesidad o no de algún control específico o prueba complementarias.

## ANCESTROS CON FRECUENTES CAMBIOS DE DOMICILIO

### Recomendaciones

- Se incluyen en el subprograma los ancianos con cambios de domicilio periódicos y frecuentes, con estancias inferiores a los 3 meses.
- La pérdida de su propio domicilio puede suponer para el anciano un proceso psicológico de duelo, equivalente a la pérdida de su independencia y de su estilo de vida.
- Valoración integral del estado de salud del anciano. Se realizará en la consulta o en su domicilio, mediante la *entrevista individual o familiar*, haciendo una *valoración funcional* (grado de autonomía en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria) y del *estado mental*, así como una *valoración de la situación sociofamiliar* (número total de domicilios en los que vivirá el anciano, identificación del cuidador principal y conocimiento de las características de la vivienda).
- Recomendar al anciano que es importante que lleve consigo en cada cambio de domicilio sus objetos personales, sobre todo los de valor sentimental (fotografías, despertador, recuerdos, etc.), que conserve sus relaciones sociales y que mantenga una actividad física y mental adecuadas. También es importante asignar al anciano algunas tareas para facilitar su integración familiar.
- En la medida de las posibilidades, intentar que las variaciones no deseadas sean las mínimas y las estancias sean superiores a 3 meses, siempre que no suponga una dificultad importante en la familia.

## AYUDANDO AL ANCIANO QUE VIVE EN VARIAS CASAS

### 1. Antes de que llegue:

- Avise a su médico y enfermera si precisa cuidados especiales (curas, sondas, oxígeno, etc.).
- Si necesita ayuda en casa, hable con el trabajador social.
- Intente acondicionar la casa para evitarle caídas o accidentes (quite alfombras, pequeños muebles en su camino).
- Prepare una cama lo más cómoda posible.
- Hable con su familia, intente repartir alguna responsabilidad en la atención al anciano.

### 2. Cuando ya esté en su casa:

- Permite que tenga cerca de él sus objetos personales o más queridos.
- Recuerde siempre que el anciano está fuera de su casa y le cuesta adaptarse.
- Intente respetar su capacidad de decisión y sus preferencias.
- No haga las cosas que él puede hacer solo.
- Haga que toda la familia lo respete y trate con dignidad.
- Si ha cambiado mucho desde la última vez (pérdida de peso, apetito, memoria, etc.), avise al médico.
- No le riña por sus olvidos.
- Si se desorienta con facilidad: colóquele una placa identificatoria o fotocopia del DNI y teléfono, tenga una foto actual de él, repita en sus paseos el mismo itinerario, deje una luz suave en el pasillo o en su habitación por si se levanta de noche.

### 3. Antes de que se marche a la próxima casa:

- Pida a la enfermera que le anote los cuidados que precise.
- Pida a su médico que le dé un informe por escrito con el tratamiento y todo lo que le parezca de interés.

- Avise al familiar que lo cuidará en esa rotación si precisa algún análisis o prueba.
- Si notó cambios no explicados, dígaselo al familiar que lo cuidará en esa rotación.
- Prepare y guarde en una carpeta: tarjeta sanitaria, informes médicos, análisis, instrucciones claras sobre la toma de medicamentos.
- Entregue al siguiente cuidador toda la medicación que toma el anciano. Explíquelo los cambios recientes.

## PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. VIOLENCIA EN LA PAREJA

### Recomendaciones

- El término violencia doméstica o violencia en la pareja define las agresiones que se producen en el ámbito privado y en el que el agresor, generalmente un varón, mantiene o ha tenido una relación de pareja con la víctima.
- La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas, tanto para la víctima como para la familia, hacen de la violencia doméstica un importante problema de salud con intensa repercusión social.
- La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad.
- Los profesionales de AP deben estar alerta e investigar la presencia de factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad e intervenir preventivamente en los mismos (prevención primaria); deben ser capaces de detectar tempranamente el abuso identificando signos de alerta y señales o síntomas para los distintos tipos de violencia (prevención secundaria).
- Ante la sospecha de una situación de maltrato se debe realizar:
  - Entrevista clínica a la mujer víctima de maltrato. La entrevista con la mujer con sospecha o víctima de maltrato debe ser privada, asegurando confidencialidad, y utilizando el tiempo necesario. Abordar directamente el tema, con preguntas facilitadoras Observar sus actitudes y estado emocional, facilitar la expresión de sentimientos, con una actitud empática y escucha activa. Creer a la mujer, sin emitir juicios.
  - Ante la detección de un caso de maltrato (prevención terciaria) el médico ha de realizar una intervención integral y multidisciplinar, que incluya:
    - Exploración física de la mujer víctima de maltrato.

- Valoración psicológica y social.
- Valoración del riesgo vital inmediato (físico, psicológico y social) para determinar la urgencia de la intervención:
  - Si hay riesgo vital inmediato (físico o psíquico) hay que derivar a la mujer al hospital. Si hay riesgo social (amenaza para la vida, ausencia de apoyo social) hay que comunicarlo al Juzgado. En caso de agresión sexual debe remitirse siempre a la mujer al hospital, para valoración ginecológica y forense.
  - En el resto de los casos se procederá según la evaluación realizada.
- Valoración y tratamiento de las lesiones físicas. Inmunizaciones y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y embarazo si procede (en agresiones sexuales).
- Apoyo psicológico o tratamiento si precisa
- Contactar con el trabajador social y ofrecer servicios de apoyo
- Poner en marcha estrategias de protección y un plan de salida, cuando exista riesgo físico, para la víctima y sus hijos.

### Actividades básicas para los profesionales

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
- Identificar personas en riesgo.
- Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresa.
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima y en el agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra, si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible.
- Realizar el informe médico legal si procede.
- Registrar los hechos en la historia clínica.

## Factores de riesgo y vulnerabilidad

### 1. Mujeres con perfil de riesgo de experimentar maltrato:

- Dependencia.
- Vivencia de violencia conyugal en la familia de origen.
- Bajo nivel cultural.

- Bajo nivel socioeconómico.
- Aislamiento psicológico y social.
- Baja autoestima.
- Discapacidad.
- Mujeres muy identificadas con los estereotipos femeninos (sumisión).
- Embarazo.
- Desequilibrio de poder en la pareja.
- Consumo de alcohol o drogas.

## 2. Varones con perfil de riesgo de maltratadores:

- Experiencia de violencia conyugal en la familia de origen.
- Alcoholismo.
- Desempleo o empleo intermitente.
- Pobreza y dificultades económicas.
- Varones violentos, controladores, posesivos, con bajo control de impulsos, que arreglan sus dificultades con violencia.
- Baja autoestima.
- Concepción rígida y estereotipada del papel del varón y la mujer.
- Aislamiento social.

## Señales y signos de alerta

### 1. Físicos:

- Heridas.
- Huellas de golpes.
- Hematomas.
- Discrepancias entre características y descripción del accidente.
- Demora en la solicitud de atención.

### 2. Psíquicos:

- Confusión, agitación, ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.
- Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, tendencia a culpabilizarse y excusar a su pareja, reticencia a responder preguntas, incapacidad para tomar decisiones, etc.
- Estado emocional: tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema.

### 3. Otros síntomas:

- Quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos, hiperfrecuentación, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos.

## PREVENCIÓN DEL MALTRATO A LOS ANCIANOS

### Recomendaciones

1. El término maltrato a los ancianos recoge cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo. Las formas más frecuentes de maltrato son: negligencia física y/o emocional, violencia física, maltrato psicológico, abuso sexual y abuso económico.
2. El maltrato a los ancianos no es privativo de las clases sociales desfavorecidas. Los principales implicados son los familiares y cuidadores.
3. Los profesionales de AP deben estar alerta e investigar la presencia de factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad e intervenir preventivamente (prevención primaria); deben ser capaces de detectar tempranamente el abuso identificando signos de alerta y señales o síntomas para los distintos tipos de violencia (prevención secundaria).
4. Ante la detección de una situación de maltrato (prevención terciaria) el médico ha de realizar una intervención integral y multidisciplinar que incluya:

- Entrevista con el anciano y con el agresor (cuidador) por separado.
- Exploración física, valoración psicológica y social del anciano víctima de maltrato.
- Valoración del riesgo vital inmediato (físico, psicológico y social) para determinar la urgencia de la intervención:

**Si hay riesgo vital inmediato** (físico o psíquico) hay que derivar al anciano al hospital. **Si hay riesgo social** (amenaza para la vida, situación de dependencia, ausencia de apoyo social) hay que comunicarlo al Juzgado. **En el resto de los casos** se procederá en función de la valoración realizada.

- Informar al paciente de la tendencia y consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad y salida (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.).
- Poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y agresor (con frecuencia el cuidador) y hacer el seguimiento del problema
- Explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación.
- Si la causa puede ser la sobrecarga del cuidador o un

trastorno psicopatológico abordable (depresión, ansiedad, etc.), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran necesarias. La prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones.

- Contactar con el trabajador social, elaborar el informe social e informar de los recursos disponibles.
- Realizar parte de lesiones para los servicios judiciales si procede.
- 5. Registrar los hechos en la historia clínica.

## Factores de riesgo y vulnerabilidad

### 1. Para el anciano:

- Edad avanzada.
- Deficiente estado de salud.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta.
- Dependencia física y emocional del cuidador.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de malos tratos.

### 2. Para el agresor (cuando es el cuidador):

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales).
- Presencia de trastornos psicopatológicos.
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.

### 3. Situaciones de especial vulnerabilidad:

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor.
- Falta de apoyo familiar, social y financiero.
- Dependencia económica o de vivienda del anciano.

## Señales y signos de alerta

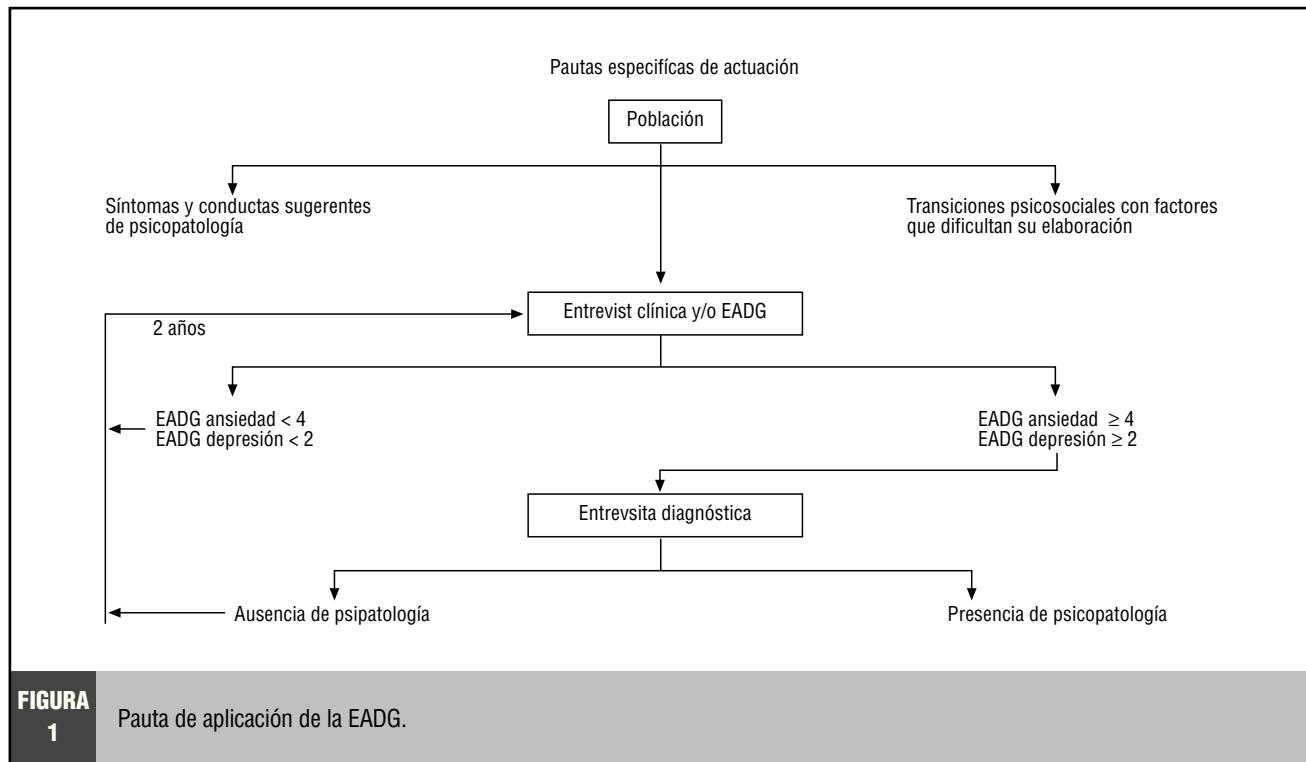
- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones.

- Retraso en solicitar la asistencia.
- Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes.
- Administración involuntaria de medicamentos.
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados.
- Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin motivo aparente.
- Deshidratación.
- Caídas reiteradas.
- Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador.
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad.
- Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión.
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.

## DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS POR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

### Recomendaciones

- Una detección precoz y adecuada de los trastornos psicopatológicos, seguido de un adecuado tratamiento psicosocial, puede mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes, además de disminuir la iatrogenia y reducir el gasto sanitario.
- La entrevista clínica constituye sin duda el mejor método diagnóstico y terapéutico para la detección de los trastornos psicopatológicos, si bien requiere una serie de habilidades por parte del entrevistador.
- La integración de algunos cuestionarios en el seno de la entrevista puede facilitar y mejorar la detección de psicopatología. Nuestra propuesta es la utilización de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). En esta escala sólo se deben puntuar los síntomas que duren más de 2 semanas (figura 1).
- Es importante resaltar que la EADG no nos proporciona diagnóstico de «caso» psiquiátrico, sino tan sólo la probabilidad de serlo. En los pacientes en los que la EADG resulte positiva se recomienda realizar una entrevista diagnóstica semiabierta o dirigida más exhaustiva, teniendo en cuenta el componente biológico, la problemática y el soporte social y los aspectos emocionales. El diagnóstico debería confirmarse ajustándose a los criterios diagnósticos del CIE-10 o DSM-IV.



## Escala de ansiedad-depresión de Goldberg

### Escala «A» (ansiedad)

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

### (Continuar si hay 2 o más respuestas positivas)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

### Escala «D» (depresión)

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido desesperado, sin esperanza?

### (Continuar si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido enlentecido?
9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

## PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

### Recomendaciones

1. El suicidio se asocia en la mayoría de los casos con la enfermedad mental. La clave de la prevención puede estar en la identificación, la evaluación y el tratamiento del trastorno mental.
  - La depresión es el trastorno psíquico con mayor riesgo de suicidio. El sentimiento de *desesperanza* es incluso más importante que la depresión en sí. Por ello siempre es conveniente valorar los sentimientos de *desesperanza*.
2. Muchas de las personas que han llevado a cabo una tentativa suicida o han consumado el suicidio habían estado previamente en contacto con su médico de familia que puede tener un papel clave en la prevención del suicidio.

3. La principal medida preventiva en atención primaria parece ser la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica.
4. Es importante realizar entrevistas tranquilas y abiertas, procurando establecer una relación empática con el paciente. Si se sospecha potencial suicida, no dejar de aclarar el tema. Por ejemplo: *¿ha llegado a encontrarse tan mal que pensase que no vale la pena seguir...? ¿...que no merece la pena vivir?*
5. No se deben despreciar ni banalizar las amenazas suicidas. Tampoco hay que confiarse en las súbitas e inesperadas mejorías. Una mejoría inexplicable puede estar producida por el alivio que siente el paciente al haber determinado la realización suicida.
6. Interrogar al paciente que admite ideación suicida sobre la intención y planificación (modo, medios). En caso de detectarse una idea de suicidio seria y suficientemente elaborada, *debería derivarse el paciente a los servicios de salud mental para su tratamiento y eventual hospitalización.*
7. Se recomienda informar a los familiares de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de vigilancia.

## Factores de riesgo de suicidio

### Enfermedad mental

- Depresión.
- Abuso de alcohol y otras drogas.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastorno de angustia y crisis de pánico.

### Otras circunstancias que influyen

- Enfermedad somática crónica.
- Vivir solo.
- Estado civil: soltero/separado/viudo.
- Desempleo.
- Falta de apoyo social.
- Antecedentes personales de intentos de suicidio.
- Antecedentes familiares de suicidio.