

Prevalencia de
trastornos
mentales en
Coronel Suárez

Autores: Safenreiter Marina.

Morante Gloria.

Bobb Ailen.

Profesor: Pellegrini Carlos.

Cátedra: Salud Pública.

Lugar: ISFDYT N° 48. Coronel Suárez.

Índice:

1-Resumen.....	pág. 1
2- Introducción.....	pág. 2
2.1 Estadística según la OMS.....	pág. 6
2.2 Nueva ley nacional.....	pág. 7
2.3 Trastornos evidenciados.....	pág. 10
3-Materiales y métodos.....	pág. 20
4- Resultados	pág. 21
5-Discusión.....	pág. 27
6-Conclusión.....	pág. 28
7-Agradecimientos.....	pág. 29
8-Bibliografías.....	pág. 30
9- Anexo: encuesta	pág. 32

1- RESUMEN:

El propósito de este presente estudio fue identificar la prevalencia de trastornos mentales en aquellas personas que se encuentran internadas en el “Hospital Municipal Dr. Raúl Caccavo” de la ciudad de Coronel Suarez y en el “Instituto Medico Hermanas Misioneras” ubicado en Pueblo San José según datos estadísticos en el periodo de 2012 a 2015(septiembre). Los individuos tenían entre 16 y 80 años.

Se realizó una encuesta al psiquiatra Dr. Juan Azpitarte y al psicólogo Dr. Daniel Goñi.

El Instituto Medico Hermanas Misioneras es una institución de enfermos crónicos donde se atienden patologías graves de la personalidad, el trastorno que más prevalece es el Alzheimer, arteriosclerosis, demencia, retraso mental, patologías graves de la personalidad; en cambio el Hospital Municipal atiende a pacientes agudos, el trastorno más frecuente es el intento de suicidio por abuso de sustancias, excitación psicomotriz, trastornos de la personalidad.

Nos basamos en el DSM IV (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) para determinar las patologías.

2- INTRODUCCIÓN:

La salud como bien lo define la OMS es el bienestar biológico, físico y social del hombre. Debe existir un equilibrio entre estos aspectos para poder decir que se goza de salud, y cualquier alteración del mismo conlleva a la enfermedad (OMS 2003). Por lo tanto, enfermedad no es solo la ausencia de salud sino el desequilibrio de estos factores. Este estado de salud es lo que permite un adecuado funcionamiento tanto en la vida cotidiana como en el desenvolvimiento en el entorno (Informe mundial de salud, 2001). La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria en la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la manera en que afronta sus propias tensiones, relaciones interpersonales, la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental (Informe mundial de salud, 2001). Así mismo la salud mental es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar calidad de vida (Informe mundial de salud, 2001). De acuerdo con la OMS" la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad" (OMS 2003). Dice además la OMS que el aspecto de salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que solo una pequeña minoría de los 45 millones de personas que sufren desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son productos de una compleja interacción entre

factores biológicos psicológicos y sociales (Informe Mundial de salud, 2001). Por lo tanto, de acuerdo a esta definición la salud mental es importante para todos los individuos independientemente del lugar en el que se desenvuelvan y la actividad que realice.

La preocupación respecto a la salud mental no solo involucra a los expertos en el tema, sino que forma parte de las responsabilidades asumidas por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela, en los espacios de trabajo y estudio en general(Lage ,A .1995). Es necesario no separar la realidad de la salud mental de la física, que corresponde a la perfección con la sentencia “mente sana cuerpo sano”. La relación que existe entre las enfermedades biológicas y las mentales tienen una evidente conexión, como lo señala Benedetto Sarraceno. Imágenes del cerebro demuestran cambios físicos en la neuroanatomía de desórdenes como la esquizofrenia, el autismo y los llamados desordenes bipolares. (Acuña, 2006).

La prevalencia de serios problemas en las condiciones de salud mental en la juventud es doble que en el general de la población sumado a que forma el grupo que menos busca ayuda en este sentido. Los jóvenes tienen un alto potencial a minimizar futuras des habilidades si la aceptación sociales amplia y reciben la ayuda precisa y los servicios oportunos (Crockett, M. 1999). La recuperación se da ante todo dentro del ámbito de la aceptación social. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedades mentales en lo que se refiere a conservar su empleo, obtener un seguro de salud y encontrar un tratamiento(Rodriguez, O. 2003) .El modelo holístico de salud mental incluye conceptos basados en perspectivas de antropología, educación, psicología, religión y sociología, así como en conceptos teóricos como el de la psicología de la persona, sociología, psicología clínica, psicología de la salud y la psicología del desarrollo(Witner, J.1998).

MYERS, SWEENY Y WITMER, incluían cinco áreas vitales en la salud mental: esencia o espiritualidad, trabajo y ocio, amistad, amor, y finalmente autodominio; además dos sub áreas: sentido del valor, sentido del control, sentido realista,

conciencia emocional, capacidad de lucha, solución de problemas y creatividad, sentido del humor, nutrición, ejercicio, sentido de autoprotección, control de las propias tensiones, identidad sexual e identidad cultural (Witner, J .1998). Todos estos puntos son identificados como las principales características de una funcionalidad sana y los principales componentes del bienestar mental. Los componentes proveen un medio de respuesta a las circunstancias de la vida de una manera que proporciona un funcionamiento saludable Myers Y Cols (2000).

La salud mental como todo estado de bienestar o enfermedad del ser humano puede ser modificada. Cuando se produce algún cambio negativo el estado de salud se deteriora. Los trastornos de salud mental muchas veces se inician en edades que interfieren en la educación y el empleo, dañando por completo un futuro, por lo demás, feliz y productivo (Cheghion, J. 1999) .En el peor de los casos se asocian problemáticas actuales como el suicidio cuyas cifras ascendieron en el año 2000 a un millón alrededor del mundo según datos de la OMS (Nieto, A. 2000). Se señaló, sin embargo que con frecuencia hasta 50% de estos trastornos pasan inadvertidos para el diagnóstico en la atención primaria y esto trae consigo un peor pronóstico para el paciente (Araya, R.2001) .A grandes rasgos estas alteraciones se pueden dividir en dos grandes grupos que son la neurosis y la psicosis. La neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una salud mental relativamente adecuada (Coyle, J.2003) .Son trastornos mentales sin una base orgánica demostrable en los cuales el paciente puede tener un considerable poder auto-observación y una sensación adecuada de la realidad, en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías con la realidad externa (Vidal, G.1977). La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de los límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada. La neurosis son reacciones inadecuadas a la causa del estrés. Se puede clasificar en: neurosis de angustia, fóbicas, obsesivo compulsivas, depresivas, hipocondriacas y de despersonalización (Coyle, J.2003).

La psicosis se refiere a todos los trastornos mentales en los que exista una pérdida de contacto con la realidad, que puede afectar en cualquier edad de la vida sin embargo es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes (Fischhoff, B.2003).

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como la dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar actividades de la vida diaria (Lobo, A.1995). Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales pueden causar una reacción psicótica. Esto ha llevado a la creencia que la psicosis es como la fiebre de la salud mental, un indicador serio pero no específico. Existen muchas clasificaciones algunas de las cuales establecían en función de ser cuadros delirante-alucinatorios (ej.: la esquizofrenia) o no alucinatorios (por ej. la paranoia).

La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la adolescencia e inicio de la etapa adulta concluyen que en este periodo existe un aumento de emotividad, lo cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y pensamiento y de establecer otros nuevos(Aberasturyn,A 1976) .Durante esta época el desarrollo de las facultades cognoscitivas del adolescente le permite constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo. A esta edad se encuentra más preocupado por la opinión de sus pares o de la sociedad que por lo que opinan sus padres (Golman, H.1989) .La Pubertad es una etapa muy inestable y por eso los trastornos de ansiedad aparecen con más frecuencia. Si acabó la infancia, el adolescente también se empieza a ser cobrado por la familia y la sociedad a asumir responsabilidades de la vida adulta y eso genera miedos.

De acuerdo a las creencias familiares que aprendió en el hogar enfrentara la frustración de diferentes maneras y recurre a diversos mecanismos de defensa.

Solo hacia el final de la niñez es posible observar en la práctica clínica episodios depresivos comparados con el adulto (Fredman, M.1986).

En la actualidad, mundialmente se acepta como sistema de clasificación nosológica el DSM-IV (libro diagnóstico y estadístico de trastornos mentales).

2. 1. Estadística según la OMS:

**La incidencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las emergencias.*

****Una de cada cuatro** personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.*

Unos **450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental.*

Un tercio de los años vividos con **discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.*

Las enfermedades mentales suponen el **40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad.*

El **impacto de los trastornos mentales en la **calidad de vida** es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.*

Se espera que en 2020 la **depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.*

Según datos de la Asociación Mundial de Psiquiatría el 83% de la población general desconocería qué es la **esquizofrenia.*

**Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por*

cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. La identificación precoz y el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciben la atención que necesitan.

**La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores aumente más de tres veces. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario.*

**Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.*

**Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.*

**Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida.*

2.2 Ley nacional de salud mental:

*La **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657** constituye un paso muy importante hacia un cambio de paradigma en nuestro país, ya que establece como su objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el*

pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (artículo 1). Es una ley que avanza en adecuar la legislación nacional a los estándares internacionales de derechos humanos que poseen jerarquía constitucional en nuestro país desde 1994, y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por la Argentina en 2008. Retoma luchas históricas de los colectivos por la salud mental y los derechos humanos, re significa el escenario de la salud mental y abre 6 pasos a un proceso de transformación que convoca a la sociedad a repensar colectivamente las políticas, representaciones y prácticas. Sus disposiciones más relevantes son las siguientes:

** garantiza el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que se encuentran en territorio nacional (artículo 1);*

** reconoce a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos;*

** establece que no hay salud mental sin la concreción de derechos humanos y sociales;*

** la salud mental es definida como un “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (artículo 3);*

** determina que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas, a partir de allí se analizará en forma interdisciplinaria qué puede cada persona en cada momento y situación particular;*

** dictamina que la persona con padecimiento mental tiene derecho a decidir y brindar consentimiento informado para todo tratamiento (artículo 10);*

** establece que se debe brindar el tratamiento que menos restrinja los derechos y libertades de la persona y que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria (artículo 7);*

** determina que se debe garantizar un modelo de atención interdisciplinaria e intersectorial basado en redes comunitarias; asimismo, se debe privilegiar la atención ambulatoria, la asistencia domiciliaria, las casas de convivencia, los hospitales de día, entre otras modalidades (artículo 11); *ordena que la internación involuntaria opere como un recurso excepcional que debe ser utilizado con fines terapéuticos y ser lo más breve posible; las personas internadas deben conservar sus lazos familiares, laborales y sociales (artículos 14 y 15);*

** prohíbe “la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de salud monovalentes públicos o privados”; las internaciones en salud mental deben realizarse en hospitales generales (artículos 27 y 28);*

** explicita que el diagnóstico en salud mental “no autoriza en ningún caso riesgo de daño o incapacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado (artículo 5).*

A partir de la reglamentación de dicha ley en mayo del 2013, se conformaron el Órgano de Revisión (en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa) y la Comisión Nacional Interministerial de Políticas en Salud Mental y Adicciones (en el ámbito de Jefatura de Gabinete de Ministros del Poder Ejecutivo Nacional), que entraron formalmente en funcionamiento entre fines de 2013 e inicios de 2014

Adicciones: uso problemático de drogas legales e ilegales La Ley Nacional de Salud Mental establece que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley 26.657, artículo 4). De ese modo, se reconoce al uso problemático de drogas como una de las formas de padecimiento mental que podemos atravesar las personas. Es importante tener en claro que los consumos, ocasionales o crónicos, de drogas – legales o ilegales– se constituyen en consumos problemáticos cuando comprometen la salud física y psíquica, las relaciones afectivas primarias, como

las familiares, las relaciones sociales y comunitarias, y su relación con las leyes vigentes. Ello incluye la posibilidad de diferenciar entre uso, abuso y adicción dependencia, relacionados con sustancias tan diversas como pueden ser los medicamentos, el alcohol, la nicotina o las anfetaminas, entre otras. Este enfoque de la ley es sumamente importante, ya que históricamente los usuarios de estas sustancias –acotadas a las drogas ilegales– han sido considerados, de acuerdo con distintos discursos hegemónicos durante el último siglo, como “delincuentes” o “enfermos crónicos”, sin diferenciar usos, abusos y consumos problemáticos.² La estigmatización que recae sobre las personas y los grupos con uso problemático de drogas refuerza el sufrimiento personal, familiar, la segregación, el aislamiento respecto de sus grupos de pertenencia y la exclusión social en general. Por tal motivo, es importante tener presente que la problemática de adicciones es multidimensional, reconoce numerosos actores y estrategias de abordaje posibles, y que todas ellas requieren el reconocimiento de las personas usuarias de drogas como sujetos de derecho

2.3 Trastornos evidenciados, mediante los datos obtenidos.

Demencia vascular:

La demencia es una pérdida gradual y permanente del funcionamiento cerebral que ocurre con ciertas enfermedades. Afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento.

La demencia vascular es causada por una serie de pequeños accidentes cerebro vascular (ataques cerebrales) a lo largo de un período de tiempo prolongado. La demencia vascular también se conoce como demencia multinfarto.

Demencia alcohólica:

Como su nombre lo indica, esta es inducida por el consumo excesivo de alcohol durante un período prolongado de tiempo. Esto es común en las personas mayores que están por encima de los 50 años.

Sin embargo, los jóvenes alrededor de los 30 años también pueden ser afectados por el mismo. Estas personas realmente empiezan su consumo excesivo de alcohol a una edad muy joven, probablemente, cuando eran adolescentes.

La principal causa de demencia alcohólica es el uso excesivo del alcohol. La condición se agrava aún más debido a la deficiencia de vitamina B-1 o tiamina. El consumo del alcohol causa daños a las células nerviosas del sistema nervioso.

La deficiencia de vitamina B-1 es causada por malos hábitos alimenticios. Por otra parte, el alcohol también tiene un efecto adverso sobre el mecanismo de absorción de tiamina del cuerpo.

Como esta vitamina es esencial para mantener la salud de la célula nerviosa, la falta de ella causa un grave daño a la condición neurológica general del cuerpo.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):

Engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

Excitación psicomotriz:

En términos sencillos puede definirse como un comportamiento verbal y/o motor aumentado, excesivo. Es frecuente encontrar verbosidad, inquietud motora, hiperactividad, impulsividad e irritabilidad, llegando incluso a estados que saben progresar hacia la agresividad, sea verbal o física, hacia terceros o incluso hacia uno mismo. En otras ocasiones, las emociones que acompañan el cuadro pueden

tomar otros tonos, como la ansiedad o el miedo, que se desparrraman produciendo una gran confusión mental, seguidas luego de un nivel de actividad motriz ciertamente incrementado.

Retraso mental:

La **discapacidad intelectual** o **discapacidad cognitiva** es una anomalía en proceso de aprendizaje entendida como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

Demencia:

Tipo Alzheimer

El inicio de la demencia tipo Alzheimer es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo. Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad de Alzheimer, el diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. Específicamente, los déficit cognoscitivos no se deben a otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit progresivos en las capacidades cognoscitivas y en la memoria (p. ej., enfermedades cerebro vasculares, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington), ni a enfermedades sistémicas que es conocido que provocan demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, infecciones por el VIH), ni tampoco a efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej.,

alcohol). Si hay una etiología añadida (p. ej., traumatismo craneal que empeora la demencia de tipo Alzheimer), ambos tipos de demencia deberán ser codificados

La demencia tipo Alzheimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium. Sin embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia previa de tipo Alzheimer, en cuyo caso debe señalarse el subtipo con delirium. Por último, los déficit cognoscitivos no se explican por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor o esquizofrenia).

Intento de suicidio por:

Trastornos inducidos por sustancias

En el sentido psicológico el término intoxicación es mucho más amplio que el de intoxicación por sustancias tal como aquí se define. Muchas sustancias provocan cambios fisiológicos o psicológicos que no son necesariamente desadaptativos. Por ejemplo, un sujeto con taquicardia por consumo excesivo de cafeína presenta una intoxicación fisiológica, pero, si éste es el único síntoma en ausencia de un comportamiento desadaptativo, no debe realizarse el diagnóstico de intoxicación por cafeína. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del entorno y del contexto social. El comportamiento desadaptativo sitúa al sujeto en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (p. ej., accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los signos y síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Esto puede ser debido a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales o al efecto de «ataque y retirada» (hitand run) por el que la sustancia altera el proceso fisiológico y la recuperación dura más tiempo que el empleado para la eliminación de la sustancia. Estos efectos de intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia (p. ej., los síntomas que se inician por un descenso de las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos).

Trastornos inducidos por el alcohol:

Intoxicación por alcohol

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico comportamiento mental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmos, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

Esquizofrenia:

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses.

En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento, el lenguaje y la comunicación, la organización, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención.

Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona.

El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («descarrilamiento» o pérdida de las asociaciones)

Trastorno psicótico breve:

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico gravemente desorganizado. Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de

actividad. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., hematoma subdural).

Episodio depresivo mayor:

Características del episodio

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Trastorno bipolar I:

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias (debido a los efectos directos de un medicamento) otros tratamientos somáticos de la depresión, una droga o la exposición a un tóxico, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. Además, los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El trastorno bipolar I se subclasifica en el tercer dígito del código según se trate de un primer episodio (p. ej., episodio maníaco único) o el trastorno sea recidivante. La recidiva viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos 2 meses sin síntomas maníacos. Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o en el que un episodio maníaco o un episodio mixto evolucionan hasta un episodio depresivo mayor. Por el contrario, un episodio hipomaníaco que evolucione hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o un episodio maníaco que evolucione hasta un episodio mixto (o viceversa), se considera que sólo es un episodio único. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales(o del más reciente) puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

Delirio paranoico (paranoia):

Características

Los rasgos de la personalidad paranoica no siempre conducen al delirio, pero, en cambio, es frecuente que los delirios paranoicos (no confundir con esquizofrenia paranoide) se asienten sobre la personalidad paranoica descrita. El delirio surge a partir de un conflicto psicoafectivo, cuya dimensión se analizará más adelante.

El inicio es progresivo e insidioso en el sentido que Jaspers denominaba desarrollo.

*Se trata de un **delirio basado en la interpretación.***

Su convicción pasional desborda la realidad y todo se reviste de significaciones que irán incluyéndose progresivamente en su delirio. Sus percepciones en cuanto a estímulos exteriores son correctas, pero la representación va marcada por la interpretación delirante. En otras palabras, la objetividad de lo percibido se trastorna por la subjetividad de lo registrado.

*Esta apariencia de lógica irrefutable hace que sea un **delirio contagioso** y **muchas personas crearán sus argumentaciones delirantes** que, como afirmamos, tienen apariencia de verosimilitud.*

*Además, se presenta como un **delirio sistematizado**, pues parte de unas ideas fijas y estables que se organizan en un sistema delirante bien construido, que se enriquece mediante nuevas interpretaciones delirantes.*

Se extiende así por contigüidad, continuidad y semejanza a personas y grupos sociales. Por ello se ha denominado delirio de relación social. A diferencia de otros cuadros delirantes, el paciente conserva su lucidez

Trastorno de ansiedad:

Trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica. Las condiciones ahora consideradas trastornos de ansiedad llegaron bajo la égida de la psiquiatría hacia el final del siglo XIX. Gelder, Mayou y Geddes

(2005) explican que los trastornos de ansiedad se clasifican en dos grupos: síntomas continuos y síntomas episódicos. Los criterios diagnósticos actuales psiquiátricos reconocen una gran variedad de trastornos de ansiedad. Estudios recientes, además de haber encontrado que hasta un 18% de la población estadounidense y un 20% de la población española pueden estar afectados por uno o más de estos desórdenes, han hallado que la genética encargada en propiciar la aparición y el desarrollo de estos es la misma que la involucrada en los trastornos depresivos y bipolares.

El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa.

Trastornos de personalidad:

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Tipos:

Trastorno paranoide de la personalidad: es un patrón de desconfianza que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

Trastorno esquizoide de la personalidad: patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

Trastorno esquizotípico: es un patrón de malestar intenso de las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

Trastorno antisocial: patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

Trastorno límite de la personalidad: patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y los afectos, de notable impulsividad.

Trastorno histriónico: emotividad excesiva y demanda de atención.

Trastorno obsesivo compulsivo: es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

3- MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La población estudiada fueron individuos que se encontraban internados en el " Hospital Municipal Dr. Raúl Caccavo" y en el " Instituto Medico Hermanas Misioneras" registrados en estadísticas de dichos establecimientos. Para este estudio se tomó en cuenta la totalidad de los casos del periodo en estudio.

Para el análisis estadístico se calcularon frecuencias para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las cuantitativas. Se utilizó el programa Microsoft Excel 2007.

4- RESULTADOS:

Los trastornos mentales identificados en el Hospital fueron:

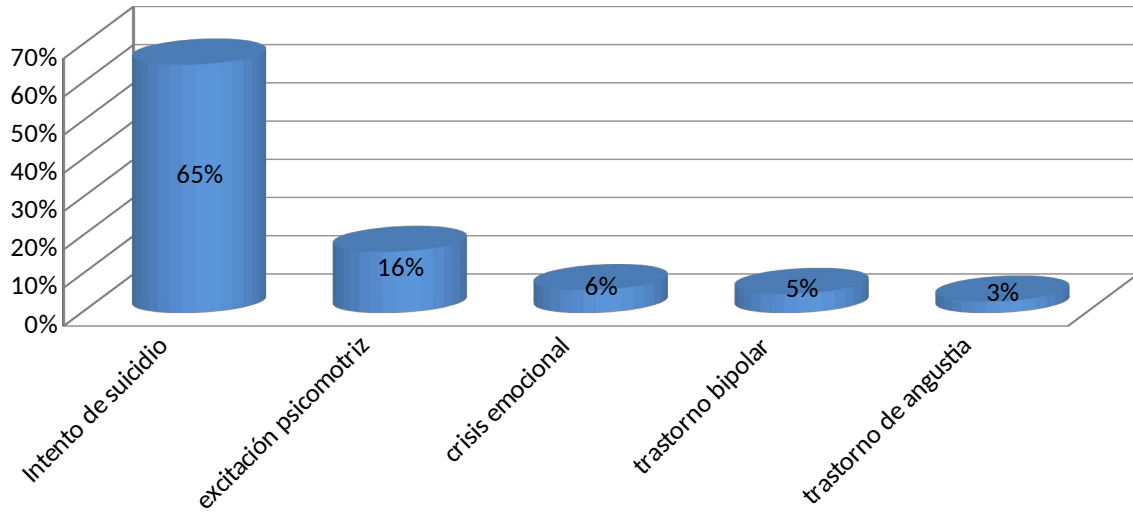
En el 2012: 65% intentos de suicidios (41 personas), 16% excitación psicomotriz (10 personas), 6% crisis emocional (4 personas), 5% trastorno bipolar (3 personas), 3 % trastorno de angustia (2 personas);

En el 2013: 64% intento de suicidio (42 personas), 11% excitación psicomotriz (7 personas), 9% crisis de angustia (6 personas), 4% trastorno bipolar (3 personas), 4% trastorno de conducta (3 personas), 2% trastorno de ansiedad (1 persona), 3% delirio paranoico (2 personas), 3% depresión (2 personas);

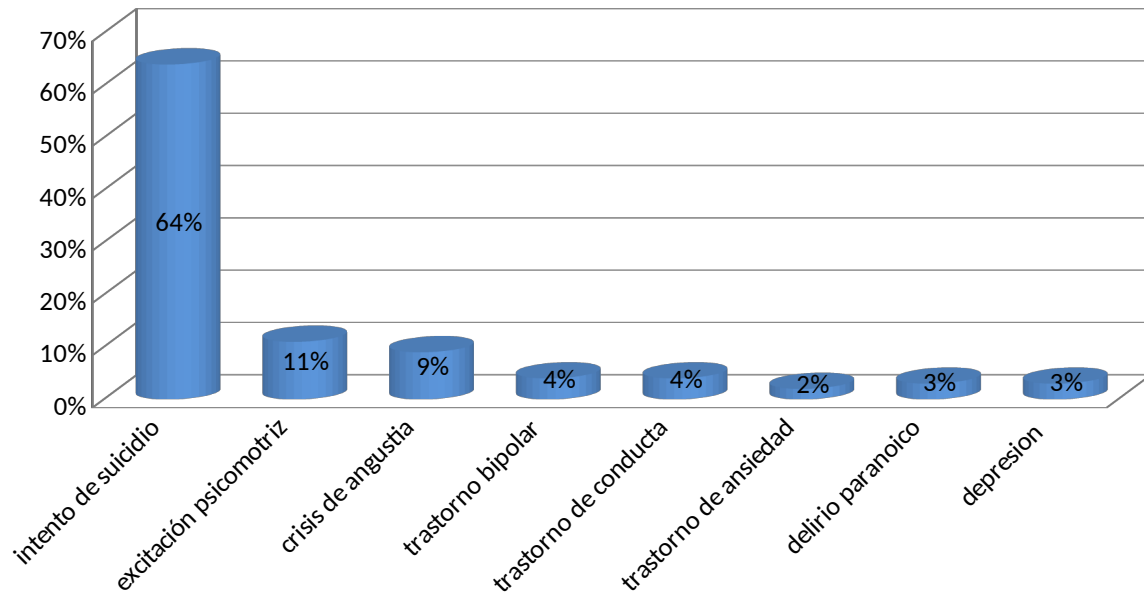
En el 2014: 43% intento de suicidio (24 personas),9% crisis de angustia (5 personas),7% depresión (4 personas),7% psicosis (4 personas),7% excitación psicomotriz (4 personas),5% trastorno bipolar (3 personas),3% crisis de ansiedad (2 personas), 2% trastorno de la personalidad (1 persona), 2 % esquizofrenia (1 persona),2% trastorno alimentario (1 persona),2% retraso mental (1 persona),2% demencia (1 persona),2% trastorno de pánico (1 persona);

En el 2015(según datos estadísticos hasta septiembre): 47% intentos de suicidios (21 personas), 13% trastornos de personalidad (6 personas), 9% crisis de ansiedad (4 personas), 9% crisis de angustia (4 personas), 7% depresión (3 personas), 4% brote psicótico (2 personas), 4% crisis de pánico (2 personas), 2% excitación psicomotriz (1 persona), 2% trastorno emocional (1 persona), 2% síndrome confusional (1 persona).

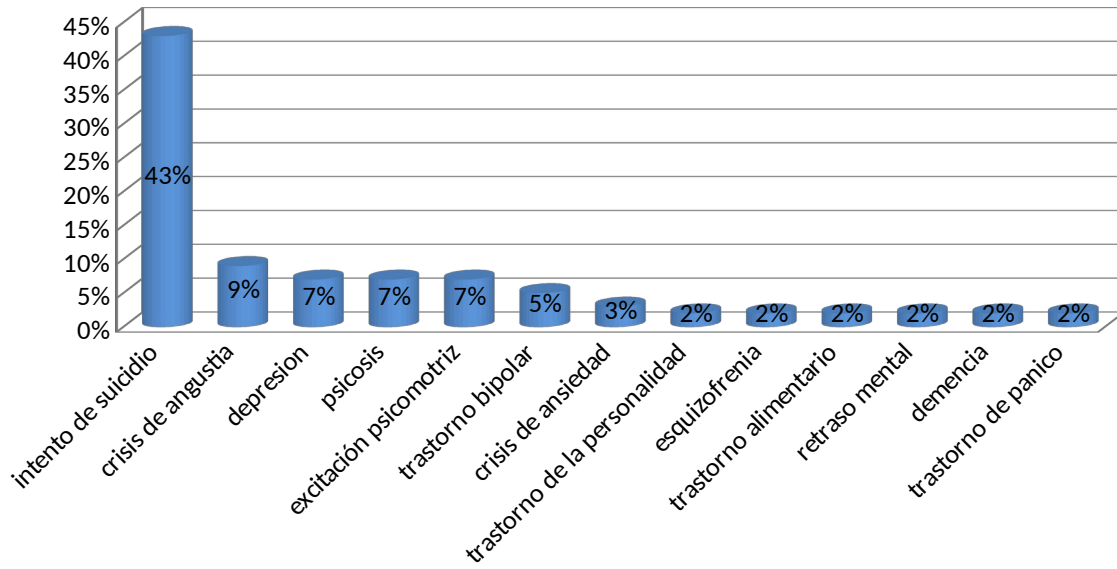
Trastornos evidenciados en el año 2012



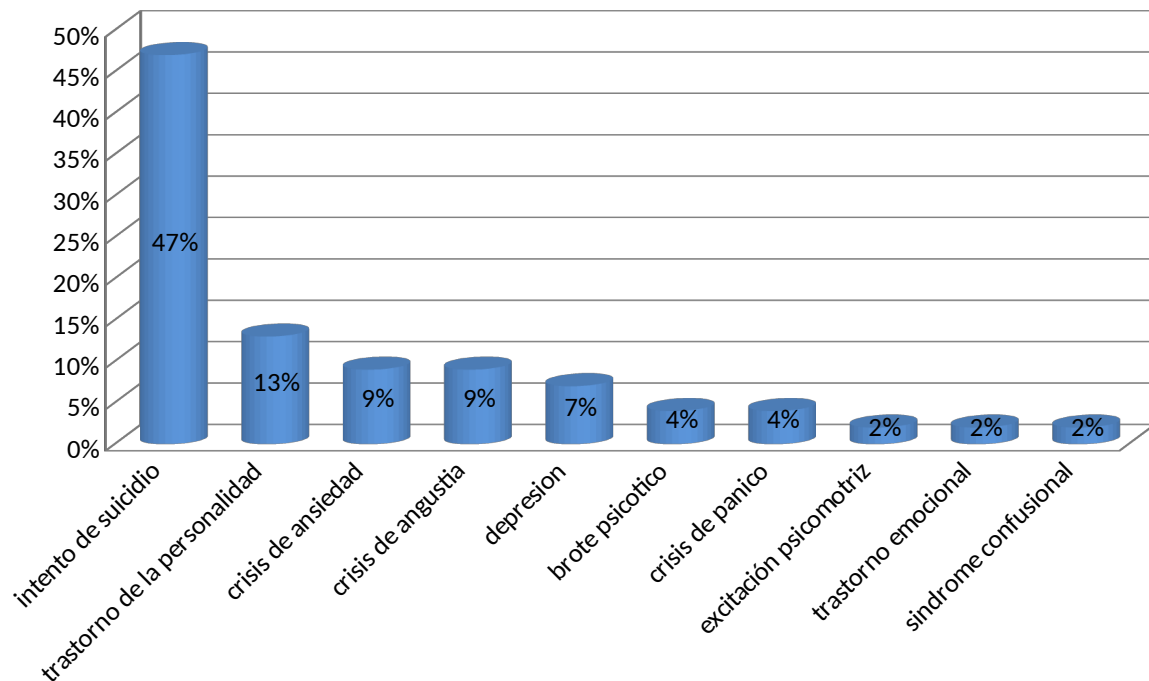
Trastornos evidenciados en el año 2013



Trastornos evidenciados en el año 2014



Trastornos evidenciados en el año 2015



Según la edad de los individuos: medidas de tendencia central:

2012: Media: 36 años.

2014: Media: 38 años.

Mediana: 36 años.

Mediana: 37 años.

2013: Media: 39 años.

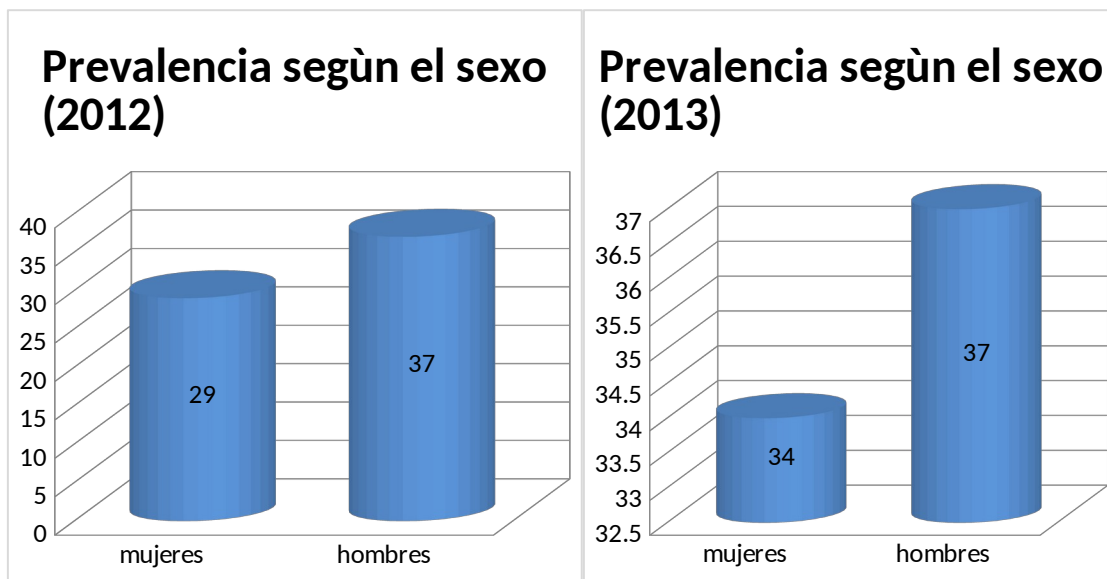
2015: Media: 34 años.

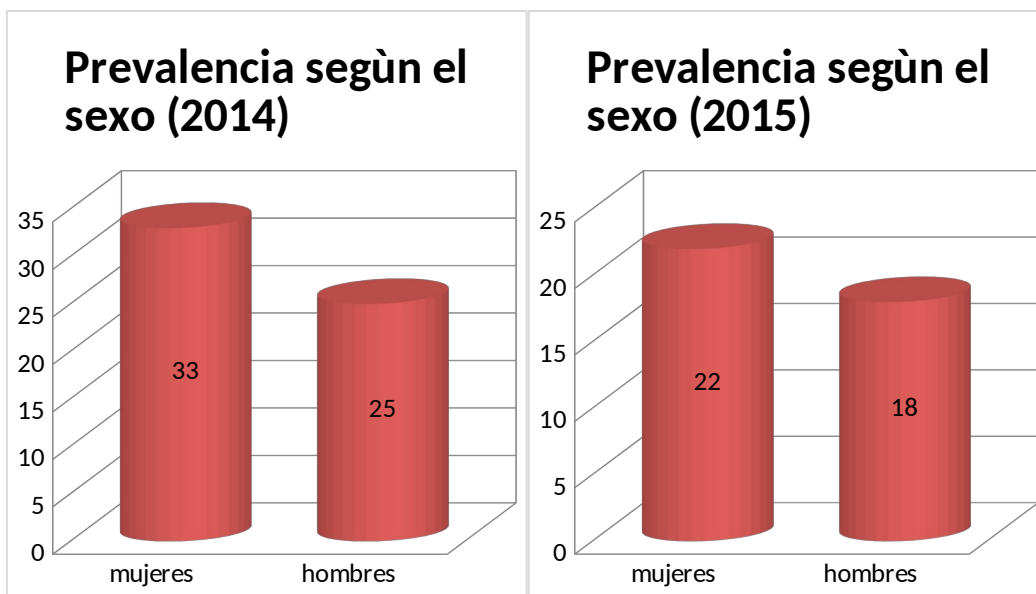
Mediana: 35 años.

Mediana: 33 años.

Presencia de trastornos mentales según el sexo:

En el año 2012 un total de 29 mujeres y 37 hombres; en el 2013: 34 mujeres y 37 hombres; en el 2014: 33 mujeres y 25 hombres; en el 2015: 22 mujeres y 18 hombres.

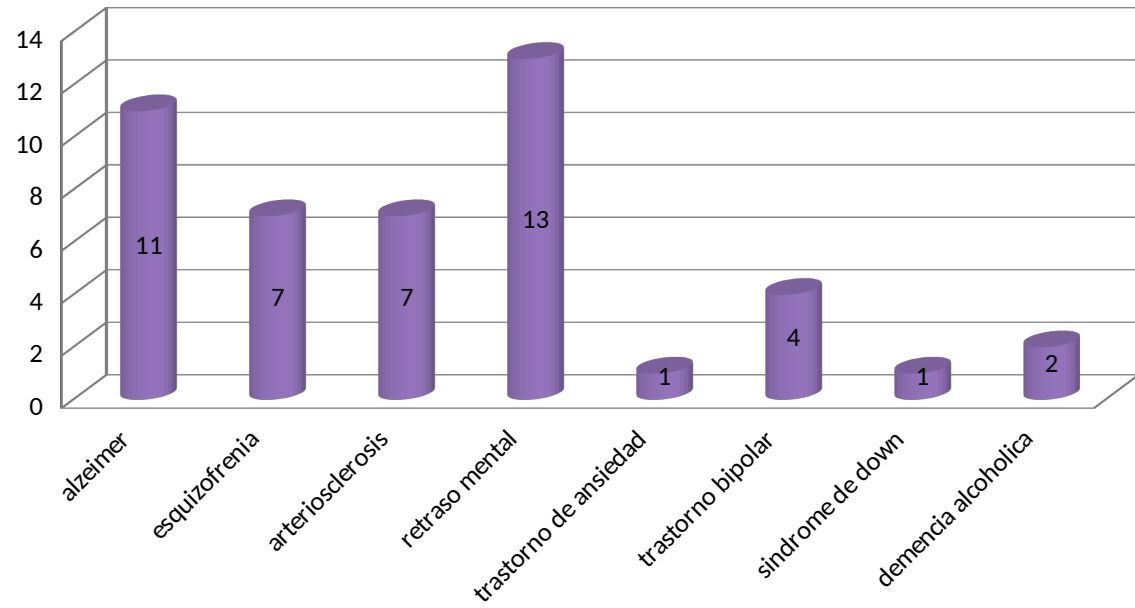




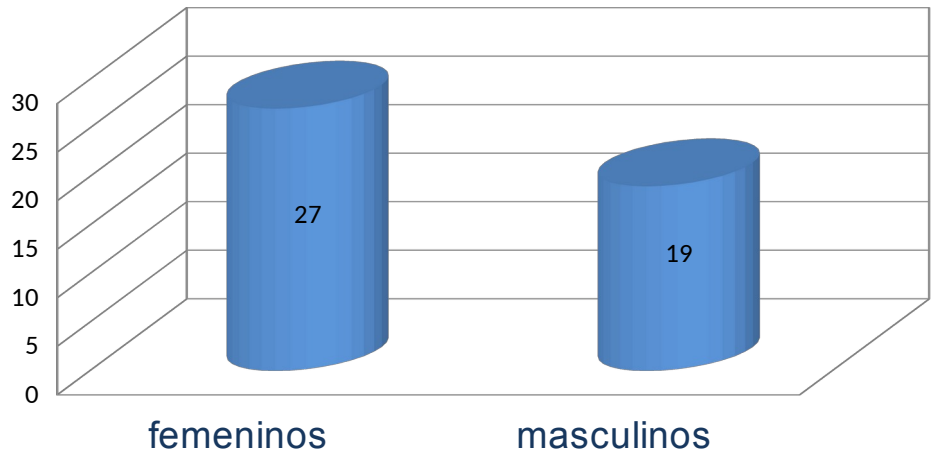
Instituto Medico Hermanas Misioneras

Se encuentran internadas un total de 46 personas, 27 mujeres y 19 hombres; según la edad: la media es de 60 años, mediana de 65 años y el modo de 80. Los trastornos mentales que prevalecen son Alzheimer, esquizofrenia, arteriosclerosis, retraso mental, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, demencia alcohólica y demencia por arteriosclerosis. Como resultado: 13 personas con retraso mental, 11 personas con Alzheimer, 7 personas con esquizofrenia, 4 personas con trastornos bipolares, 7 personas con demencia por arteriosclerosis, 2 personas por demencia alcohólica, 1 con trastorno de ansiedad. 1 con síndrome de Down.

cantidad de personas con trastornos



Cantidad de personas según el sexo



5- DISCUSIÓN:

En nuestro trabajo se observó que en Hospital Municipal el trastorno que mas prevaleció en primer lugar es el intento de suicidio por consumo de sustancias en segundo lugar la psicosis, luego crisis de angustia, trastornos de la personalidad, y en cuanto al sexo prevalece más en la mujer que en el hombre con un promedio de 37 años, ya el género femenino es quizá el más vulnerable a los trastornos mentales por el tipo de sociedad en la que vivimos que es una sociedad patriarcal, con un modelo que impone mucho peso en la mujer en la organización de la familia, de los afectos ,del trabajo, que debe trabajar dentro de la casa y afuera de la misma, la doble jornada laboral que no está reconocida entonces tiene a la larga un estrés mayor y eso puede condicionar la aparición quizá en más frecuencia en las mujeres; son pacientes agudos que se encuentran internados un determinado tiempo y luego reciben un tratamiento ambulatorio con psicólogos y psiquiatras. Si comparamos año por año hubo un aumento de patologías mentales.

En cambio el Instituto Medico Hermanas Misioneras es una institución privada que atiende personas con patologías crónicas graves de la personalidad la que más prevalece es el retraso mental y en segundo lugar el Alzheimer; la mayor cantidad de pacientes son mujeres con un promedio de 60 años de edad. Tienen un tiempo restringido de visitas y son tratados por cuidadoras, especialistas, médicos, psiquiatras, acompañantes terapéuticas y nutricionistas.

6- CONCLUSIÓN:

Cada día la vida presenta diversos retos, por lo tanto sentir un poco de estrés, cansancio y tristeza es normal, un indicador de que está perdiendo el equilibrio de la salud mental es la presencia de estrés prolongado, episodios de tristeza recurrentes y ansiedad de leve a moderada sin o con eventos traumáticos que la originen cuando estos síntomas o sensaciones se vuelven fuertes o frecuentes, es hora de visitar al médico y psicólogo y decidir de qué forma se puede tratar el problema.

Se estima que por lo menos una quinta parte de la población padece en el curso de su vida un trastorno mental y puede decirse que en esta época caracterizado por un amplio desarrollo tecnológico pero al mismo tiempo tan complicado para el individuo y la familia hay una tendencia creciente de estos padecimientos y de la propia demanda de servicios para atender enfermedades mentales.

Aunque el inicio de un trastorno mental puede ser súbito por ej.: tras la pérdida de un ser querido o por una situación de intenso estrés, la mayoría de las veces se desarrolla lentamente lo que quiere decir que los factores de riesgo, los problemas y las circunstancias difíciles de la vida, los efectos de la pobreza, la violencia, la deficiente comunicación en la familia, el aumento en el abuso de drogas, la presencia de una enfermedad y el propio envejecimiento rompen la estabilidad y dan paso a la enfermedad mental.

Debemos fomentar los hábitos sanos como el ejercicio, una buena alimentación, descanso suficiente y mantener relaciones con la familia y grupos de amigos son factores muy importantes para conservar la salud mental al mismo tiempo la persona se sentirá mayor consigo misma y con el entorno que la rodea.

7- AGRADECIMIENTOS:

A todas las personas que colaboraron en la realización de esta investigación:

A la Sra. Nora Mazuco por su buena predisposición hacia nosotras en el sector de estadísticas del Hospital Municipal Coronel Suarez.

A la Sra. Soledad Schiebelbein por aportar datos estadísticos en el Instituto Médico Hermanas Misioneras de Pueblo San José. A Caty la enfermera por su excelente atención.

A los profesionales Psiquiatra Dr. Juan Azpitarte

Y al Psicólogo

Lic. Daniel Goñi por su contribución al trabajo realizado.

8- BIBLIOGRAFÍA:

- 1) *Informe mundial de salud, 2001 "salud mental: una nueva comprensión, una nueva esperanza".*
- 2) *Informe mundial de salud, 2003.*
- 3) *INADI, Informe mundial de salud mental, 2010.*
- 4) *DSM IV en castellano, 1995.*
- 5) *Castro H; definición y límite de la psiquiatría. Cuba 1999.*
- 6) *Golman, H. psiquiatría genera Manual Moderno. México 1989.*
- 7) *Lobo, A; detección de habilidad psíquica en la práctica médica. España 1995.*
- 8) *Nice, Guía clínica manejo de desórdenes bipolares en adultos niños y adolescentes 2006.*
- 9) *Nieto, A; boletín de tema de salud. Suplemento del diario mundo hospitalario 2011.*
- 10) *Witner, J; la rueda de la consejería del bienestar para bienestar, un plan de tratamiento holístico 2000.*
- 11) *Araya, R; el paciente sabe mejor detección de trastornos mentales Chile 2001.*
- 12) *Benedetto Sarraceno, liberación de los pacientes psiquiátricos, 2013.*
- 13) *Vidal; enciclopedia de psiquiatría Bs As 1977.*
- 14) *Cols tratamiento de trastorno 2000.*
- 15) *Coyle, J; tratamiento de trastorno. Newton 2003.*

- 16) *Fischhoff, B; gestión de pacientes con problemas de salud inexplicables 2013. JMJ.*
- 17) *Aberastury, A; la adolescencia normal. Editorial Buenos Aires 1976.*
- 18) *Fredman, M; trastornos de psiquiatría. España 1986.*
- 19) *Lage, A; los desafíos del desarrollo. La actividad educación médica de salud científica como ejemplo de la formación del personal de salud 1995.*
- 20) *Crockett, M; caminos de la adolescencia. Desarrollo en relación con los contextos sociales. Editores asociados. Nueva Jersey 1999.*
- 21) *Rodríguez, presencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo. Revista Cubana. 2003.*
- 22) *Acuña, Avances en imágenes para la evolución de desordenes bipolares 2006.*
- 23) *Cheghion, J; introducción a las enfermedades mentales. México. Manual moderno 1993.*

9- ANEXO:

Encuesta:

1. *¿Cuál es el ámbito de Aplicación de la psiquiatría?*
2. *¿Cuáles es la diferencia entre un psicólogo y psiquiatra?*
3. *¿Cuáles son las creencias erróneas más frecuentes sobre salud mental?*
4. *¿A que llamamos trastorno mental? ¿Cuáles son los más frecuentes?*
5. *¿Han cambiado los trastornos mentales en los últimos años? ¿A que lo atribuye?*
6. *¿Hay más casos en varones o mujeres? ¿A qué se debe?*
7. *¿Hay patologías que dependen del sexo y de la edad? ¿Cuáles y porque?*
8. *¿Qué opina sobre la nueva ley de salud mental?*
9. *¿en que han avanzado los tratamientos farmacológicos?*
10. *¿Cuál es el significado de neurosis y psicosis?*
11. *¿Qué es una enfermedad orgánica? ¿y funcional?*
12. *¿Qué es el DSM IV?*

RESPUESTA DEL Lic. En psicología Daniel Goñi:

1. *La psiquiatría es una disciplina que primero hay que estudiar la carrera de medicina y después la especialidad de psiquiatría. Psicología es una carrera aparte. Los dos trabajan con el mismo objeto de intervención que sería el sufrimiento humano.*
2. *Una diferencia de formación académica después se pueden establecer diferencias en cuanto a los trayectos que cada uno haga después de*

egresados, hay psicólogos que tienen línea de trabajo más sobre la psiquis o la mente o el alma y psiquiatra que están más enfocados en los síntomas somáticos del cuerpo en lo orgánico, esas diferencias dependen de cada profesional, y puede haber psicólogos con una mirada más organicista y psiquiatras con una mirada más al ámbito de la psicología. El psiquiatra está enfocado en lo biológico, orgánico y el psicólogo mas en lo psicológico.

- 3. Que al psicólogo y psiquiatra va quien está loco eso no es verdad, quien necesita ayuda en algún momento de su vida puede acudir a un psicólogo o psiquiatra para abordar y enfrentar determinado problema. Pensar las problemáticas de manera diferente para que el paciente pueda encontrar soluciones de forma autónoma a los temas que sean como pueden ser: crisis vitales como puede ser el fallecimiento de algún ser querido, cualquier tipo de trastorno mentales y puede trabajar con temas de desarrollo personal como un cambio de trabajo, orientación vocacional de los chicos cuando terminan el estudio, orientación ocupacional, ver con que herramientas cuenta como para poder desarrollarse de una mejor manera.*
- 4. Cualquier padecimiento o sufrimiento psíquico que tenga una persona y que pueda generar un malestar clínicamente observable(a través de los síntomas, estado de ánimo que tenga el sujeto) que pueda ser debido a una enfermedad mental, a una crisis vital o malestar emocional propio del sujeto. Los más frecuentes son: depresión por un lado y trastorno de ansiedad por otro, estos también se ven en forma mezclada en un mismo paciente.*
- 5. Según la OMS en el 2020 hay una serie de listados que van a entrar entre las 5 y las 10 que va a padecer más cantidad de personas y esa es la depresión, hay que apuntar a trabajar en los estados depresivos porque sean lo que más frecuencia tengan en la población en general.*

6. *A todos nos puede pasar cualquier tipo de trastorno o cualquier tipo de crisis emocional, la realidad es que el género femenino es quizá más vulnerable a los trastornos mentales por el tipo de sociedad en que vivimos que es una sociedad patriarcal, con un modelo que impone mucho peso en la mujer en la organización de la familia, de los afectos, del trabajo, que debe trabajar dentro de la casa y afuera de la casa la doble jornada laboral que no está reconocida entonces que tiene a la larga un estrés mayor y eso puede condicionar la aparición quizá en más frecuencia en las mujeres.*
7. *La edad la ha estudiado mucho la psiquiatría, una forma de esquizofrenia es un trastorno que aparece en la adolescencia, por ej. la paranoia es más común verla en los 40 años en adelante; en algunos trastornos específicos, no en todos por ej. hoy en día hay muchas patologías que se están apareciendo en edades muy tempranas, en niños patologías que antes eran de adultos y se eso tiene que ver porque se han afinado muchas herramientas diagnosticas y por el tipo de vida que lleva la sociedad en general que exponen a los chicos a muchos estímulos y desafíos que muchas veces no tienen las herramientas para resolverlos y a una sociedad donde los adultos quizá no ocupan el lugar que debieran ocupar como han ocupado en otros momentos de la historia.*
8. *Que es un avance en muchos aspectos reconoce la salud mental para un tratamiento específico dentro de los hospitales generales, que todas las personas tenemos derecho al acceso a la atención en salud mental, se incorpora a la ley la figura de las adiciones, que era un campo de trabajo que estaba a la deriva, y hoy en día ya se encuadro que depende del área de salud mental y tiene derecho como cualquier otro paciente que tenga algún padecimiento mental. Todavía no se han destinados los recursos necesarios para que la ley se cumpla en su*

totalidad, hoy en día no hay equipos de salud mental trabajando como lo plantea la nueva ley.

- 9. Sé que han avanzado mucho los tipos de drogas que se utilizan con ciertos trastornos mentales que tienen mayor efectividad y tolerancia que hace 20 o 30 años atrás. De todas maneras no todos los pacientes consumen psicofármacos, ni todos los psicofármacos son para todas las personas, algunos ayudan a la terapia psicológica.*
- 10. La psicosis es mucho más grave que la neurosis, en la psicosis hay una pérdida de realidad del sujeto puede presentar delirios, alucinaciones, hay una pérdida de contacto con la realidad cotidiana. La neurosis tiene que ver más con la formación de ciertos síntomas que comúnmente la escuchamos como enfermedades psicosomáticas.*
- 11. Orgánico es aquel que afecta al cuerpo en forma directa y que puede afectar el grado de funcionamiento que tiene el sujeto en su vida. Funcionamiento tiene que ver si el sujeto puede estar enfermo pero puede seguir haciendo sus cosas habituales.*
- 12. Es el manual de diagnóstico y estadística en salud mental, hoy en día esta publicada la quinta edición, lo edita la asociación de psiquiatría americana. Da el lenguaje común y el que todo trabajador de la salud mental debería conocer en principio, su existencia y saber utilizarlo. Nosotros usamos un manual que es internacional que es la CIE que va por la decima edición, y tiene un apartado para cuadros que tengan alguna referencia cultural Latinoamérica que habla más de la especificidad de la problemática de nuestra región.*

Respuesta del psiquiatra Juan Azpitarte:

1. *Es la rama de la medicina que se dedica al estudio de los trastornos que son alteraciones a nivel emocional, cognitivo y del comportamiento del individuo.*
2. *Psiquiatría es la rama que se dedica al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. La psicología es una ciencia que estudia la conducta humana en sus diferentes aspectos normales y alteraciones como las depresiones, angustia, a través de la psicoterapia.*
3. *Las creencias más frecuentes es que fundamentalmente todo aquel que accede en busca de ayuda o se le indica una orientación psicológica o psiquiátrica “está loco”. También que solo necesitan ayuda los que están enfermos, cuando es fundamental la orientación y acompañamiento en trastornos de salud.*
4. *Trastorno mental es aquella alteración que produce dificultades para razonar, alteraciones en el comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. los más frecuentes son: depresión, esquizofrenia, abuso de drogas, trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad.*
5. *Los trastornos han estado siempre, pero las características sociales actuales con las graves situaciones socio laborales por las que estamos pasando sin duda han hecho que se magnifiquen y que estén a la orden del día.*
6. *Hay más casos en mujeres debido a la sociedad en la que vivimos que es una sociedad patriarcal.*
7. *Sí, hay patologías que aparece específicamente en determinada edad no tanto en cuestión de sexo, como la esquizofrenia que aparece alrededor de los 20 a 30 años o demenciales a partir de los 50 a 70 años o otras como el Alzheimer arteriosclerosis.*

8. *La ley 26657 es muy parcial, le faltan cosas, no es una ley adecuadamente consultada con todos los sectores y lamentablemente se hacen prácticas cuando la mayoría de los lugares no tienen servicio. Esta ley dice que se interne al paciente con trastorno mental en el mismo hospital en donde se encuentren los pacientes con enfermedades cardíacas o gastroenterologías no existen los psiquiátricos. Se tendría que crear un espacio aparte, no se tiene en cuenta. Tampoco se tiene en cuenta la ley del enfermo crónico que no puede estar en un ámbito familiar por su desajuste de conducta, de comportamiento, no se contempla adecuadamente. Le faltan muchas cosas, está sacada para resolver problemas existían de no tener lugares donde internar pacientes entonces obligaron a los municipios a que se hagan cargo de sus hospitales, no es una buena ley mental.*
9. *Son mejores en cuanto a efectos indeseados, no son tan buenos anti psicóticos como los que se usaban antes y aun se siguen usando como por ej. Ansiolíticos (diazepan, alprazolam, clonazepam). En los años 80 teníamos más variedad habían buenos medicamentos. Dentro de los anti psicóticos que son los que actúan dentro del pensamiento son la quetiapina, aripiprazol son fármacos mejores que el haloperidol por en lo que hace en efectos indeseables pero no tan buenos antidelirantes como el haloperidol. Los antirecurrenciales son los mismos como por ej. El litio del año 48,49 para enfermos con trastornos bipolar.*
10. *Neurosis: enfermedad que se caracteriza por síntomas de ansiedad, tiene conciencia de enfermedad, se siente mal y las principales son: neurosis depresiva, fóbicas, obsesiva compulsiva son las más frecuentes que hoy englobamos dentro de los trastornos de ansiedad, también tenemos los trastornos somatoformos los que llamamos neurosis. En la neurosis el enfermo se siente enfermo y hay que tratarlo y en el caso de la psicosis dos cosas que caracteriza son las alucinaciones y los delirios entendiendo como delirio un registro erróneo*

de las cosas y alucinaciones un trastorno de sensopercepción, ven cosas que no están, escuchan voces. Delirio, alucinación y falta de conciencia definen la psicosis. Para caracterizar rápidamente a los pacientes y llevarlos a un pronóstico.

11. En la enfermedad orgánica el cerebro tiene una lesión demostrable por ej.: el Alzheimer a través de una resonancia magnética, cuando fallece vemos una atrofia en el cerebro, está como una pasa de uva vemos que las neuronas tienen una serie de alteraciones que las atrofia y no deja cumplir su función. En la arteriosclerosis se taponan la llegada de sangre y hace que el enfermo tenga síntomas como trastorno de memoria, trastorno para recordar, hacer una cosa, para hablar, para reconocer objetos y cosas llamamos trastornos cognitivos. En los funcionales los estudios salen normales, la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno delirantes, trastorno de ansiedad, puedes hacer una radiografía y no sale nada. Es simplemente la observación clínica del paciente; es decir vemos el efecto de la enfermedad pero la enfermedad no la podemos ver.

12. Es un manual de diagnósticos y estadístico de la Asociación Norteamericana de la Psiquiatría. Ya salió el DSM V, es más moderno que se está usando en la Argentina es el DSM IV TR (texto revisado).