

Lineamientos técnicos para la atención integral en salud mental



San Salvador, octubre de 2017



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Enfermedades No transmisibles
Unidad de Salud Mental

Lineamientos técnicos para la atención integral en salud mental

San Salvador, octubre de 2017

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Óscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Ficha catalográfica.

2017 Ministerio de Salud

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de estos Lineamientos técnicos, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud se puede obtener en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en la siguiente dirección:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 2017. Ejemplares

1a. Edición y Distribución:

Viceministerio de Políticas de Salud

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv/>

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por: Unidad de impresiones del MINSAL

El Salvador, Ministerio de Salud, Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Enfermedades No transmisibles. Unidad de Salud Mental “*Lineamientos técnicos para la atención integral en salud mental*” San Salvador, El Salvador.

Equipo técnico

| | |
|---|---|
| Dr. Arturo Carranza Rivas Jefe de Unidad de Salud Mental | Dr. José Luis González Coordinador Unidad Salud Mental Hospital Nacional de Sonsonate |
| Dra. Gloria Patricia Gómez Directora UCSF Quezaltepeque | Licda. Sandra Ángel de Navas Hospital Nac. y de Psiquiatría “José Molina Martínez” |
| Lic. Miguel Ernesto Marquina Coordinador Unidad de Salud Mental Hospital Nacional San Pedro, Usulután | Lic. Julio César Rivera Referente de Salud Mental Región Metropolitana de Salud |
| Licda. Marta Ruth Argueta Berdugo Psicóloga Unidad de Salud Mental | Dra. Silvia E. Marroquín Dirección de Regulación y Legislación en Salud |
| M. Cs. Lic. Luís Francisco López Guzmán Dirección de Regulación y Legislación en Salud | Lic. Víctor Martínez Dirección de Regulación y Legislación en Salud |

Comité consultivo

| | |
|---|---|
| Dra. Joselyn Paredes Hospital Nac. y de Psiquiatría Dr. José Molina Martínez | Lic. Saúl Ponce Unidad por el Derecho a la Salud, MINSAL |
| Licda. Emma Lilian de Cruz Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud de Atención Primaria. | Licda. Keila Peña Educatora para la Salud Unidad de Promoción de la Salud. |
| Licda. Verónica Judith Molina Unidad de Atención a Veteranos de Guerra. | Licda. Norma de Herrera. Unidad de Enfermería |
| Licda. Luz Amanda Interiano de Hasbún Región Central | Licda. Isabel Martínez de Funes. Región Paracentral |
| Licda. Patricia de Cabrera Región Occidental | Licda. Reina Isabel de Santín Región Oriental |
| Dr. Rudy Ramírez Hernández. Instituto Nacional de Salud | Dr. Otto Moisés Castro Hospital Nacional Benjamín Bloom |
| Dra. Ruth Quintanilla. Psiquiatra UCSF Distrito Italia | Dra. Lorena Cuatro de Reyes UCSF San Marcos |
| Licda. Gladis Haydee Escobar Sánchez Educatora para la Salud UCSFE San Pedro Perulapán | Licda. María Josué Ramos Gudiel Terapeuta Ocupacional Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana. |
| Dr. Radames Villatoro. Psiquiatra Hospital San Juan de Dios, San Miguel | Licda. Rosa Mayra Magaña Colaboradora Técnica ECNT. MINSAL |
| Dr. Erik Ernesto Delgado UCSF I Nahuilingo | Licda. Blanca Marisol Rodríguez Hospital Nacional San Rafael |
| Licda. Deysi Emely Perla. Psicóloga UCSF San Rafael Cedros | Dr. José Alberto García M. SIBASI La Unión |
| Dr. Domingo Ernesto Galán UCSFI Nueva Concepción. | Licda. Ana Cecilia Díaz UCSF Metalío |
| Lic. Edwin Ernesto Meléndez UCSF E Ciudad Batres | Dra. Claudia María Suárez Unidad Nacional Gestión de Calidad de la RIIS |
| Ing. Jazmín Menjívar Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones | Lic. Nelson Flamenco Asociación de Capacitación e Investigación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM) Foro Nacional de Salud |

Índice

| | Pag. |
|--|-----------|
| I . Introducción | 7 |
| II. Base legal | 9 |
| III. Objetivos | 10 |
| IV. Ámbito de aplicación | 11 |
| V. Desarrollo del contenido | 11 |
| 1. Marco contextual | 12 |
| 2. Operativización de los equipos de salud mental | 17 |
| 3. Procesos de salud mental | 23 |
| 4. Población blanco | 41 |
| 5. Promoción en salud mental | 41 |
| 6. Prevención en salud mental | 42 |
| 7. Atención en salud mental | 45 |
| 8. Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial | 55 |
| VI. Disposiciones finales | 58 |
| VII. Vigencia | 61 |
| Bibliografía | 62 |
| Anexos | 64 |

I. Introducción

Desde el inicio del proceso de Reforma de Salud en el año 2009, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha dado pasos importantes para avanzar en el cambio del modelo de atención biologicista altamente medicalizado para ir a un proceso que está determinado socialmente y que necesita de todos los sectores para poder enfrentarlo integralmente, este proceso tiene como base la atención primaria de salud que aborda al individuo, la familia y la comunidad, en donde el trabajo en las Redes integrales e integradas de salud (RIIS) supone un espacio de intercambio que permite abordar integralmente la salud.

En ese contexto mejorar el acceso y la continuidad de las atenciones a las personas con padecimientos mentales, sigue planteando desafíos institucionales debido al insuficiente personal disponible especializado o capacitado para la atención. Por lo que se debe continuar trabajando con personal que labora en los establecimientos de la RIIS, para mejorar la clasificación de las enfermedades mentales de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), tomando en consideración las necesidades de los usuarios, desarrollo de atenciones diferenciadas y criterios de referencia, retorno e interconsulta entre los establecimientos de salud que conforman la RIIS.

Los presentes lineamientos, establecen la organización de los servicios y atenciones en la RIIS en base a criterios de mayor efectividad y menor costo según la combinación óptima de los servicios de salud mental propuesta por la OMS. Se adopta un sistema de clasificación de las necesidades de los pacientes de acuerdo a la gravedad del diagnóstico y su tendencia a la remisión o cronicidad, que permite la organización de la red de servicios para su detección oportuna, intervención temprana, y seguimiento.

Este instrumento tiene un enfoque preventivo, pone a disposición del personal de salud algunas actividades básicas, técnicas educativas de promoción de la salud mental y atenciones en salud mental para la prevención de trastornos mentales en grupos de riesgo por ciclo de vida.

Además, se ha considerado la organización de los recursos en salud de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas, intermedias y especializadas para la

promoción, prevención, detección temprana, continuo de la atención y rehabilitación, así como de las Unidades hospitalarias de salud mental con el fin de fortalecer la atención primaria en salud mental y optimizar los recursos en la RIIS.

Los lineamientos están orientados para incorporar la salud mental en las atenciones integrales en salud, basado en el modelo de atención en RIIS.

Debido a que las intervenciones en salud mental requieren la participación de múltiples profesionales y actores sociales, se realiza una categorización de los trastornos mentales según su nivel de complejidad en: trastornos mentales comunes y trastornos mentales graves, con el propósito de optimizar los recursos disponibles en la RIIS, favorecer la participación social e intersectorial y acercar servicios de salud a la población.

II. Base legal

1. Constitución de la República.

Art. 1. La persona humana es el origen y el fin de la actividad del Estado, quien deberá implementar las providencias necesarias para la consecución de la justicia, la seguridad jurídica y el bien común; debiendo además asegurar a sus habitantes el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público; el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

2. Ley de Acceso a la Información Pública

Art. 24. Es información confidencial:

a) La referente al derecho a la intimidad personal y familiar, al honor y a la propia imagen, así como archivos médicos cuya divulgación constituiría una invasión a la privacidad de la persona.

b) La entregada con tal carácter por los particulares a los entes obligados, siempre que por la naturaleza de la información tengan el derecho a restringir su divulgación.

c) Los datos personales que requieran el consentimiento de los individuos para su difusión.

d) Los secretos profesional, comercial, industrial, fiscal, bancario, fiduciario u otro considerado como tal por una disposición legal.

e) Los padres, madres y tutores tendrán derecho de acceso irrestricto a la información confidencial de los menores bajo su autoridad parental

Art. 31. Toda persona, directamente o a través de su representante, tendrá derecho a saber si se están procesando sus datos personales; a conseguir una reproducción inteligible de ella sin demora; a obtener las rectificaciones o supresiones que correspondan cuando los registros sean injustificados o inexactos y a conocer los destinatarios cuando esta información sea transmitida, permitiéndole conocer las razones que motivaron su petición, en los términos de esta ley. El acceso a los datos personales es exclusivo de su titular o su representante.

3. Código de Salud

Art. 41.- Corresponden al Ministerio: Numeral 4: “Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias”.

Art. 54.- El Ministerio organizará y desarrollará actividades de salud mental para el estudio, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y trastornos mentales o problemas psicológicos de la población en general y principalmente de la infancia.

Art. 55.- El Ministerio, realizará dentro de su programa de salud mental, actividades contra el alcoholismo, tabaquismo, drogodependencia y demás factores que contribuyan al desarrollo de las deficiencias y enfermedades mentales o degenerativas, propiciando la terapia grupal para los que adolecen de neurosis, trastornos de conducta y drogodependencia.

4. Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud: Numeral 2: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

5. Política Nacional de Salud Mental

Emitida por el Acuerdo N°1373 del 1° de noviembre de 2011, publicada en el Diario Oficial N°207, Tomo N°393, de fecha 7 de noviembre de 2011.

III. Objetivos

General

Establecer las acciones a desarrollar por el personal de salud para garantizar la atención integral en salud mental de la persona, familia y comunidad en las Redes Integrales e Integradas de Servicios (RIIS).

Específicos

1. Establecer la gestión asistencial y clínica de los servicios de salud mental de acuerdo a su capacidad instalada considerando el curso de vida y poblaciones vulnerables.
2. Generar prácticas apropiadas de intervención temprana de acuerdo a la severidad de riesgos de afección de la salud mental desde la detección, manejo inicial y el seguimiento.
3. Garantizar la continuidad asistencial a través del sistema de referencia, retorno e interconsulta de acuerdo a la evolución de la morbilidad.

IV. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos, el personal técnico y administrativo que labora en los establecimientos de las RIIS.

V. Desarrollo del contenido

1. Marco contextual

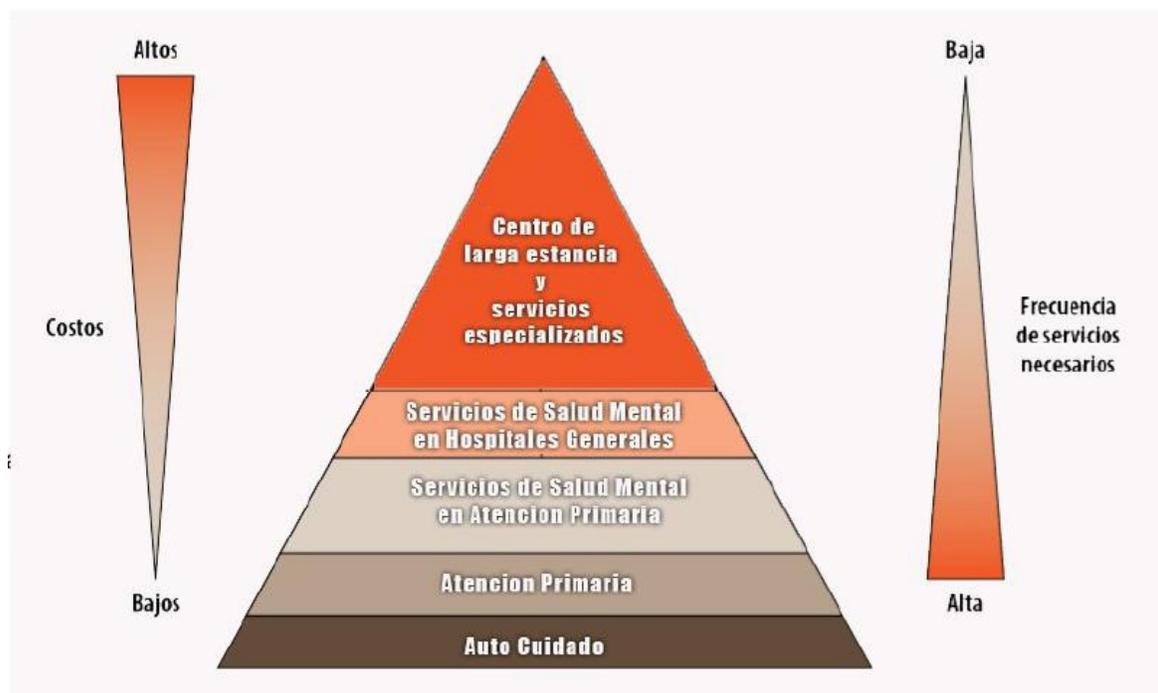
La situación actual a nivel mundial de los trastornos mentales y neurológicos representa el 14% de las enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a ellas, y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio bajos.

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada y en algunos casos, inapropiada; la principal resultante es una enorme brecha de tratamiento, la cual expresa la proporción de personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención en servicios de salud. La brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe, según estimados conservadores, está por encima del 60%.¹

¹ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga JJ y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública.

Figura 1

Combinación óptima de los servicios de Salud Mental.



Fuente: Adaptación de la Pirámide Marco de la OMS. Unidad de Salud Mental, MINSAL 2015

El Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria, que impulsa la Reforma pretende disminuir la brecha y las inequidades que afectan a la población más vulnerable, mejorando el acceso a servicios de salud, realizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; aplicando dinámicamente el abordaje de determinación social en salud que permite la identificación de las causas estructurales del proceso salud enfermedad, que afectan a la persona, familia y la comunidad, ayudando a vincularlas con las entidades de desarrollo social, por medio del fomento de la organización y la participación social en salud el cual se fundamenta en el aumento de la capacidad de respuesta de la atención primaria.

Implementar un modelo de atención en salud mental basado en la comunidad favorece el acceso a los servicios, el abordaje integral de la salud, la promoción y la continuidad de los cuidados de los usuarios, adherencia al tratamiento, la vinculación con las redes de apoyo comunitario, disminución del estigma, discriminación y costos en la intervención de personas que padecen trastornos mentales, familia y la comunidad; obteniendo reducción en la brecha de tratamiento.

En la figura 1, se evidencia el costo beneficio de la aplicación del modelo comunitario de salud mental, racionalizando la utilización del personal especializado, acorde a los servicios con los que cuenta el MINSAL.

En la base de la pirámide se promueve el autocuidado, a través de recursos comunitarios capacitados en salud mental.

En el segundo escalón se encuentra el personal del Primer Nivel de Atención en las UCSF básicas.

En el tercer escalón se ubican las UCSF especializadas, que prestan los servicios especializados en salud mental.

En el cuarto escalón se ubican las Unidades hospitalarias de salud mental (UHSM).

Finalmente, en la cúspide de la pirámide se encuentra el Hospital Nacional General y de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez”.

La Atención Primaria en Salud (APS), es una estrategia integral para el mejoramiento de la salud y la equidad, que se caracteriza por la orientación de todas las estructuras y funciones del sistema de salud hacia la consecución del derecho, equidad y solidaridad social. Es así como al operativizar la atención en salud mental se logra acortar la brecha en la atención, reducción en la carga de enfermedad y el impacto en la cronicidad.

“Un servicio de salud mental basado en la comunidad, es uno que provee de un completo rango de cuidados efectivos en salud mental para una población definida, el cual se dedica a tratar y ayudar a personas con trastornos mentales, en proporción a su sufrimiento o distrés, en colaboración con otras agencias locales” (G. Thornicroft & M. Tansella 1999).

Para poder organizar los procesos de atención a personas con trastornos mentales es necesario definir categorías clínicas operacionales que correspondan con la complejidad y capacidades resolutivas de los establecimientos que conforman la RIIS, en los presentes Lineamientos se adoptan las categorías de:

Trastorno mental común (TMC), se entiende por todas aquellas entidades nosológicas que se caracterizan por síntomas y síndromes tales como: ansiedad, depresión, abuso de alcohol, somatización, dolencias inespecíficas, dificultades adaptativas, alteraciones del sueño y que se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE 10: F10-F18 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, F32 episodios depresivos, F41 trastornos de ansiedad, F43 reacciones a estrés grave y F90 Trastornos hiperkinéticos

Muchos de estos problemas son evitables si se ejerce sobre ellos una adecuada vigilancia y el correspondiente trabajo preventivo. Más allá de la vulnerabilidad genética que pueda o no predisponer a ellos, la mayoría de estos trastornos derivan (como la salud en general de las personas) más de condiciones sociales y estilos de vida.

Trastorno mental grave (TMG), engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con persistencia sintomática en el tiempo, que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida, funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada y se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE-10: F00-F03 demencia F19, trastornos mentales y del

comportamiento asociado al consumo de múltiples sustancias psicoactivas, F20-29 psicosis, F30-31 trastorno afectivo bipolar, F84.0 trastorno generalizado del desarrollo, X60 – X84 autolesiones/ suicidio.

El abordaje de los TMC y TMG, debe basarse en intervenciones psicosociales, las cuales pueden operativizarse desde los siguientes ámbitos:

a) Salud colectiva/ psicosocial

Pretende la integración de los servicios de salud mental en la atención integral, en el contexto social y educativo de la persona. Busca la autonomía de la persona, paliar sus limitaciones o padecimientos, identificación de inequidades y facilitar su reinserción social.

b) Organización comunitaria:

Se abordan los elementos propios del entorno en el que se desarrolla la persona, sean estos materiales o sociales que permitan la conservación y restablecimiento de la salud mental.

c) Participación social:

Promueve la conciencia, toma conjunta de decisiones para la ejecución de acciones en promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental de la población en su comunidad.

d) Intrasectorialidad-Intersectorialidad:

A través del abordaje de problemáticas de salud mental en la agenda de prioridades de CISALUD, para ser retomada a nivel local por los gabinetes de gestión departamental y municipal, involucrando a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), diferentes sectores y la sociedad civil organizada.

El proceso de la intervención psicosocial inicia con la identificación de inequidades sociales en salud por parte de la población; una vez identificadas, en conjunto se aborda la determinación social de la salud, los problemas comunitarios, sus causas y posibles soluciones. Destacándose la promoción de factores protectores, habilidades de resiliencia y convivencia ciudadana para un sano desarrollo bio-psico-social de la persona.

En un segundo momento, se considera la detección de factores de riesgo y su intervención,

con técnicas participativas, vivenciales, enfocadas hacia el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento del individuo, su familia y la comunidad, para garantizar el derecho a la salud y su desarrollo sostenible.

Y finalmente se provee a la comunidad de experiencias de identidad, solidaridad y reflexión de los eventos colectivos, para el desarrollo de mecanismos solidarios de acompañamiento de sus miembros.

La intervención psicosocial considera la inclusión sin estigmatización de todas las personas de la comunidad, para la atención en salud de calidad y con calidez. Así también, la identificación de grupos vulnerables, pues ellos requieren una atención en salud mental priorizada, entre ellos: persona veterana de guerra y sus beneficiarios, víctimas de violación de derechos, población lesbiana, gay, travestis y bisexuales (LGTBI), personas en conflicto con la Ley, víctimas de violencia, entre otros.

Para la atención integral en salud mental, el personal de salud debe realizar las siguientes intervenciones:

- a) Reconocer a la persona como sujeto activo de sus derechos.
- b) Actuar con ética y claridad.
- c) Ofrecer un buen trato psicológico, verbal y físico, en un ambiente de calidez, que reconforte, tranquilice y dignifique.
- d) Escuchar activamente, concentrando el esfuerzo en entender a la persona a través de las aclaraciones, sin modificar el contenido y el sentido de las ideas que le proporciona.
- e) Hacer una validación emocional permanente. Ayudarle a comprender sus emociones, a través de una retroalimentación positiva y a normalizar las reacciones que se presentan en la atención, comprendiendo los problemas, necesidades e intereses que acompañan a sus sentimientos y expresiones.
- f) Generar empatía en la interacción con la persona y ser capaz de comprender su sufrimiento y afectación, los daños causados, los factores de vulnerabilidad y demás condiciones que incrementan el daño sin sobre dimensionar ni subestimar, sino partiendo de las propias expresiones y significaciones de la persona.
- g) Desarrollar en la persona la capacidad de visualización de la perspectiva de vida y potenciar los recursos personales.

2. Operativización de los equipos de salud mental.

Para dar continuidad a las atenciones, las redes de salud mental estarán conformadas por las UCSF básicas, intermedias y especializadas, así como la UHSM de referencia en cada uno de los territorios y los hospitales especializados a nivel nacional.

Las Direcciones Regionales y SIBASI integrarán y darán seguimiento a las acciones e indicadores de salud mental en la RIIS, mediante supervisiones y coordinaciones en su territorio de influencia.

Para desarrollar el componente de salud mental en las UCSF básicas e intermedias, el referente del establecimiento coordinará con el director, médico, profesional de enfermería y promotor de salud las acciones necesarias para la integración del mismo en el Plan Operativo Anual (POA) del establecimiento, además de la implementación de actividades, seguimiento de casos, organización de las atenciones, análisis situacional, evaluación del cumplimiento del componente y elaboración de informes.

En las UCSF especializadas, el referente de salud mental, idealmente el profesional de psicología en aquellos establecimientos que cuenten con esta especialidad, deben coordinar con la dirección, médicos especialistas, enfermera, fisioterapeuta, nutricionista, educador, promotor, las acciones necesarias para la integración del mismo en el POA del establecimiento, además la implementación de actividades, seguimiento de casos, organización de las atenciones, análisis situacional, evaluación del cumplimiento del componente y elaboración de informes.

Para desarrollar el componente de salud mental en los hospitales generales el referente de salud mental debe ser recurso especializado en salud mental: psiquiatría o psicología, en caso de no contar con este recurso, será la Jefatura de la división médica o de consulta externa, quien debe coordinar con la dirección, administrador(a), asesor(a) de insumos y medicamentos del establecimiento, y jefaturas de unidad de emergencia, médicos residentes, epidemiología, enfermería, trabajo social, fisioterapia, nutrición y servicios de apoyo, para ejecutar las acciones necesarias para la integración del mismo en el POA del establecimiento, además la implementación de actividades, seguimiento de casos, organización de las atenciones, análisis situacional, evaluación del cumplimiento del

componente y elaboración de informes.

En los hospitales que cuentan con UHSM, el coordinador de la unidad debe ser recurso especializado en salud mental: psiquiatría o psicología. El equipo especializado de salud mental debe estar conformado por un mínimo de cinco recursos entre las siguientes especialidades: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, educador en salud o terapeuta ocupacional.

Los hospitales especializados coordinarán con el resto de establecimientos de la RIIS estrategias de desconcentración de los servicios de salud mental, interconsulta, referencia, retorno, desarrollo de planes o programas de tratamiento y reinserción comunitaria.

Los equipos comunitarios de salud en la atención de pacientes luego de verificar puntajes positivos en las pruebas de tamizaje: cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12), cuestionario de autoreportaje de síntomas psiquiátricos para niños(as), cuestionario de signos y síntomas, CAGE (descrito en anexo 5) o en la evaluación psicométrica, serán referidos a atención especializada en salud mental de acuerdo a la complejidad del caso.

Los equipos de salud deben garantizar la continuidad de los servicios en la atención en salud mental de los casos identificados, derivando a las UCSF intermedias o UCSF especializadas que cuenten con atención especializada en salud mental dentro de la micro red a la que pertenecen.

Los equipos comunitarios y especializados del primer nivel de atención deberán coordinar con el psiquiatra de la UHSM de su red para solventar atenciones de mayor complejidad que requieran ingreso hospitalario o contención farmacológica y a su vez estas deben evaluar y remitir los casos que ameriten atención en los hospitales especializados Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom” y Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” de Soyapango; y en el caso de las adicciones referir a los Centros de Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CPTA), ubicados en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana y de San Miguel, Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña” y Hospital Nacional Santa Gertrudis en San Vicente.

El personal de salud debe realizar las acciones correspondientes al nivel de complejidad del establecimiento al que pertenece, de acuerdo al desarrollo siguiente:

UCSF intermedias y básicas

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Promover la organización y participación comunitaria para el abordaje intrasectorial e intersectorial de los temas de salud mental.
- d) Brindar información y educación en salud, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.
- e) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales comunes.
- f) Identificación temprana de los trastornos mentales graves, referencia a UCSF especializadas para establecer diagnóstico o a UHSM si requiere de intervención de mayor complejidad (contención farmacológica o atención médica especializada).
- g) Implementación de Estrategia de familia a familia, principalmente en las UCSF intermedia.
- h) Desarrollo de talleres de autocuidado.
- i) Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en salud mental en RIIS.

UCSF especializadas.

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.

- d) Considerar el contexto sociocultural de la persona, así como su personalidad y patrones de conducta a la hora de adoptar conductas preventivas, a fin de hacer accesible la información y educación en salud.
- e) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los planes individualizados de los casos con trastorno mental grave y los que cursan con primer brote psicótico.
- f) Realización de pruebas de laboratorio y gabinete.
- g) Referencia de los trastornos mentales comunes y graves cuya descompensación requiera de contención farmacológica o el tratamiento de la comorbilidad hacia UHSM u hospitales especializados: Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” y Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
- h) Retorno de casos a UCSF intermedia y UCSF básica.
- i) Implementación de Estrategia de familia a familia.
- j) Desarrollo de talleres de autocuidado.
- k) Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en salud mental en la RIIS.

Unidades hospitalarias de salud mental

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Promover la organización y participación comunitaria para el abordaje intrasectorial e intersectorial de los temas de salud mental.
- d) Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.
- e) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales comunes y graves cuya descompensación requiera de contención farmacológica o el tratamiento de la comorbilidad.

- f) Realización de pruebas de laboratorio y gabinete.
- g) El personal especializado de la unidad, programará acciones conjuntas con la UCSF especializada para el abordaje integral comunitario de los casos identificados.
- h) Referencia oportuna de los trastornos mentales graves descompensados o de evolución lenta, con pobres o malos resultados, sin cambios significativos o con tendencia a empeorar a hospitales especializados: Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” y Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
- i) Referencia a Estrategia de familia a familia.
- j) Retorno de casos a UCSF especializada.
- k) Seguimiento a los trastornos mentales graves.
- l) Ingresos hospitalarios.
- m) Atención de emergencia psiquiátrica.
- n) Docencia e investigación.
- o) Desarrollo de talleres de autocuidado.
- p) Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en salud mental en la RIIS.

Unidad hospitalaria de salud mental especializada en niñez (Hospital Nacional Benjamín Bloom):

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Promover la organización y participación comunitaria para el abordaje intrasectorial e intersectorial de los temas de salud mental.
- d) Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.

- e) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales graves cuya evolución es lenta, con pobres o malos resultados, sin cambios significativos o con tendencia a empeorar y con escasa remisión de síntomas por lo cual requiere de nuevas pautas de evaluación y clasificación diagnóstica.
- f) Realización de pruebas de laboratorio y gabinete.
- g) Retorno de casos a UHSM Y UCSF especializada.
- h) Ingresos hospitalarios.
- i) Atención de emergencia psiquiátrica.
- j) Rehabilitación
- k) Docencia e investigación.
- l) Desarrollo de talleres de autocuidado.
- m) Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en salud mental en la RIIS.

Hospital Nacional Psiquiátrico.

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Promover la organización y participación comunitaria para el abordaje intrasectorial e intersectorial de los temas de salud mental.
- d) Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.
- e) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales graves cuya evolución es lenta, con pobres o malos resultados, sin cambios significativos o con tendencia a empeorar y con escasa remisión de síntomas por lo cual requiere de nuevas pautas de evaluación y clasificación diagnóstica.
- f) Realización de pruebas de laboratorio y gabinete.

- g) Retorno de casos a UHSM Y UCSF especializada.
- h) Seguimiento a los trastornos mentales graves.
- i) Ingresos de mediana y larga estancia.
- j) Rehabilitación
- k) Referencia a Estrategia de familia a familia.
- l) Atención de emergencia psiquiátrica.
- m) Docencia e investigación.

3. Procesos de salud mental

Para facilitar la organización de las actividades que los recursos de salud realizan de forma habitual, a continuación se detallan los procesos de atención en salud mental que deben integrarse a los flujos de atención de los establecimientos según su categoría, constituyendo una ruta de atención del continuo asistencial de los trastornos mentales en RIIS.

Los procesos para la atención en salud mental están organizados en:

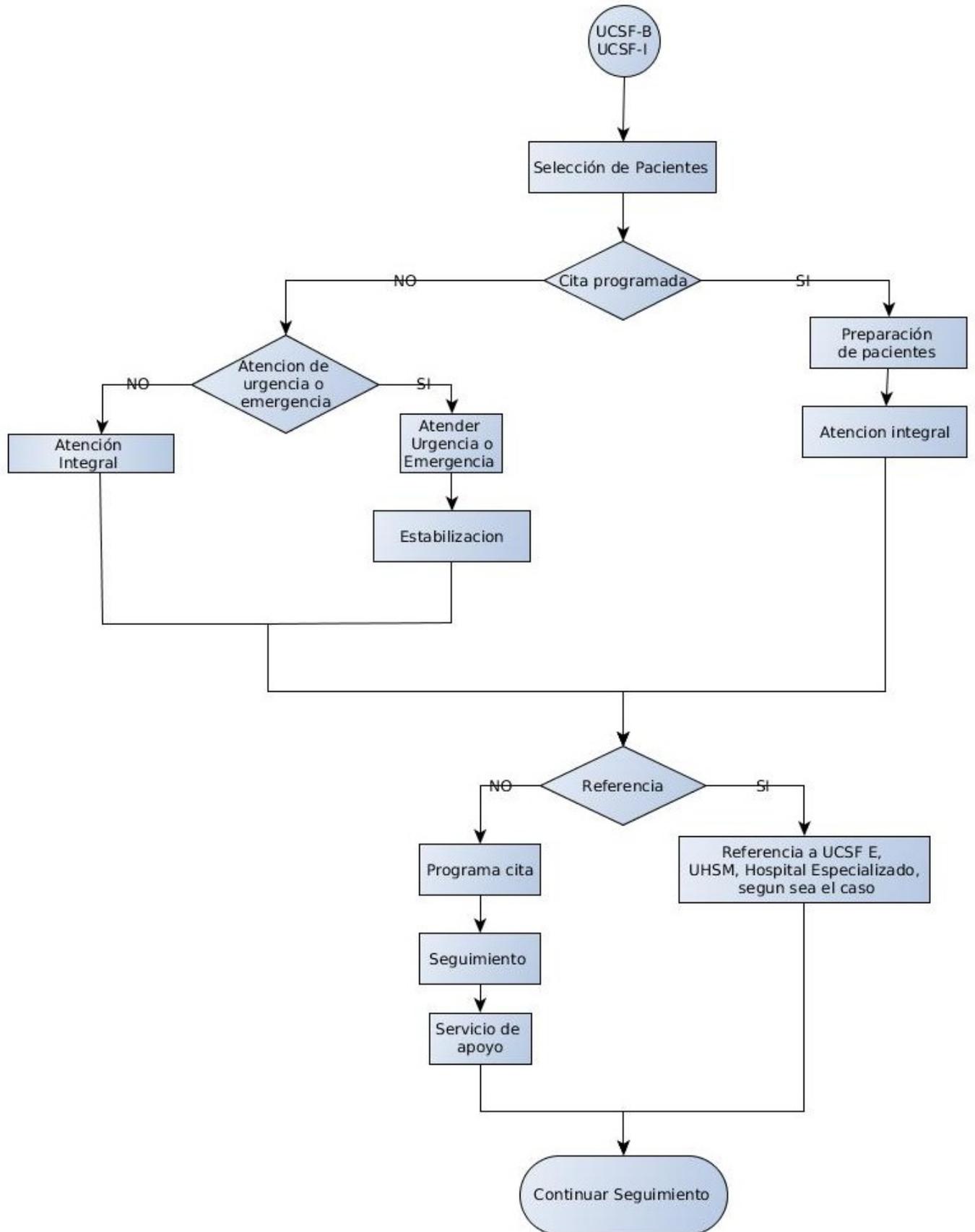
- A) Atención en salud mental UCSF básica e intermedia.
- B) Atención en salud mental UCSF especializada.
- C) Atención en salud mental en consulta externa de hospitales.
- D) Atención en salud mental en hospitalización.
- E) Atención en salud mental en la Unidad de emergencia.

A. Atención en salud mental UCSF básica e intermedia

| Nº | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|--------------------------|---|-----------------------------------|------------------------|
| 1 | Selección | Se realiza la selección de paciente, evaluando al paciente y priorizando según caso presentado. | Responsable del área de selección | Selección y derivación |
| 2 | Tener cita programada | Paciente tiene cita programada, si la respuesta es SI ver paso 3, si la respuesta es No ver paso 4. | Consulta externa | Consulta integral |

| | | | | |
|----|---|---|----------------------|--|
| 3 | Preparación de paciente | Se evalúa en paciente el peso, talla y signos vitales | Enfermería | |
| 4 | Atención integral | Se proporciona atención tomado en cuenta la promoción de la salud, prevención y realizando tamizaje en salud mental (Ver Anexo) | Médico | Atención integral Tamizaje en salud mental |
| 5 | ¿Se requiere atención de emergencia o urgencia? | Si la respuesta es No ver paso 3, si la respuesta es sí ver paso 6 | Médico | Paciente evaluado. |
| 6 | Atención de urgencia o emergencia | Consecuencias físicas (ej. cortaduras, 1° manejo de intoxicación) Consecuencias psicológicas (intervención en crisis) | Médico | Paciente estable |
| 7 | Estabilización de paciente | Si el paciente se encuentra estable ver paso 9, si no lo está ver paso 8 | | |
| 8 | Referencia | Realizar la documentación de referencia a UCSF especializada, UHSM u hospital especializado en salud mental, según sea el caso | Médico | Referencia oportuna |
| 9 | Programar cita | El personal que otorga las citas identifica el cupo más próximo y brinda cita | Citas | Programación de consulta médica |
| 10 | Servicios de apoyo | Se brindan o coordinan los servicios de apoyo requeridos por el paciente, el personal encargado de farmacia entrega medicamentos a paciente si han sido indicados por el médico | Médico Enfermería | Paciente con atención o cita en servicios de apoyo |

Flujograma de atención en salud mental UCSF básica e intermedia

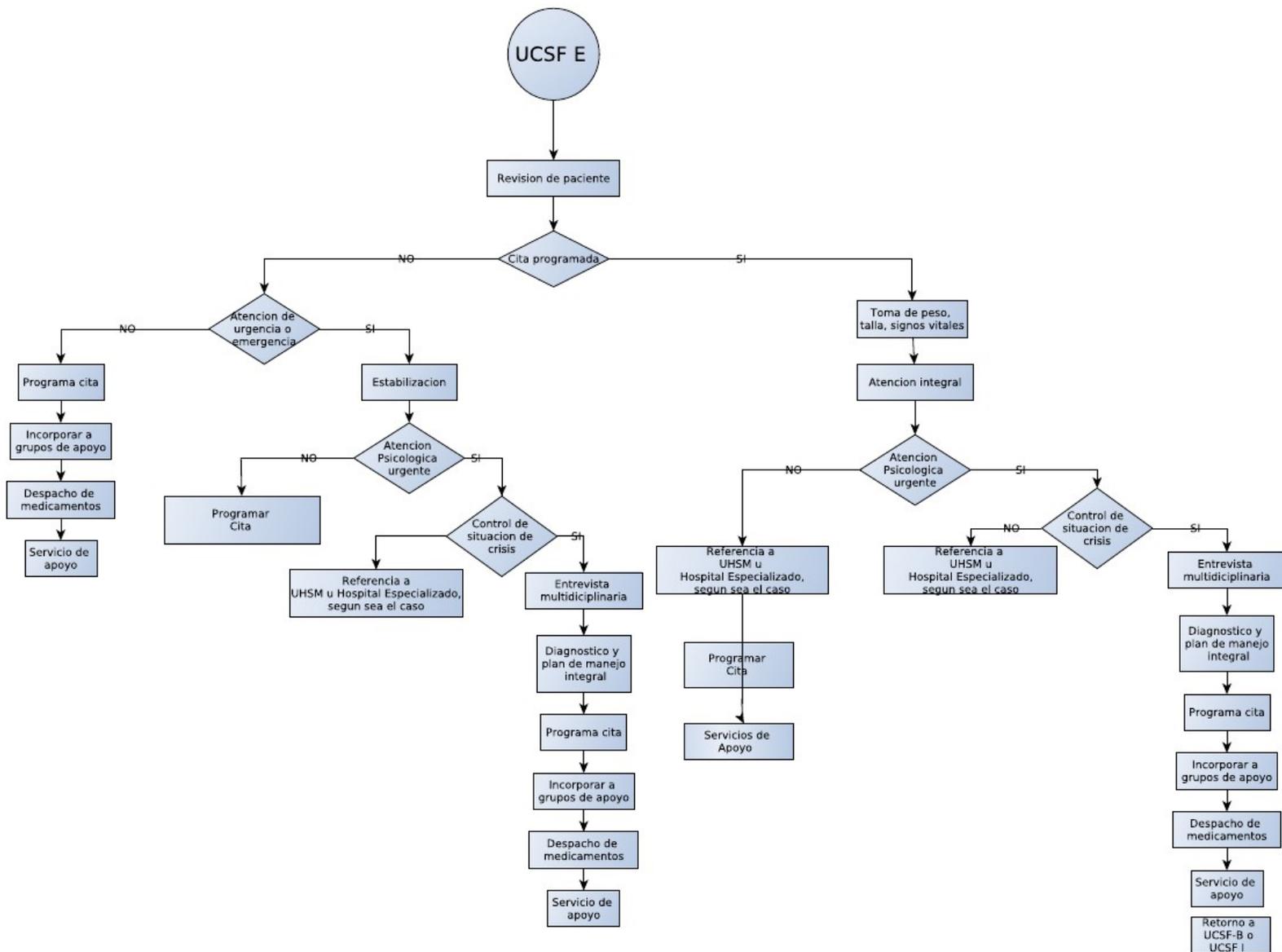


B. Atención en salud mental UCSF especializada

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|---|--|-------------------------------------|--|
| 1 | Selección | Se realiza la selección de paciente, evaluando al paciente y priorizando según caso presentado | Responsable del área de selección | Selección y derivación |
| 2 | Tener cita programada | Paciente tiene cita programada, si la respuesta es SI ver paso 3, si la respuesta es No ver paso 4. | Consulta externa | Consulta integral |
| 3 | Preparación de pacientes. | Se evalúa en paciente el peso, talla y signos vitales | Enfermería | |
| 4 | Atención integral | Se proporciona atención tomado en cuenta la promoción de la salud, prevención de trastornos mentales, se realiza tamizaje en salud mental ((Ver Anexo) | Médico | Consulta integral Tamizaje en salud mental |
| 5 | ¿Se requiere atención de emergencia o urgencia? | Si la respuesta es No ver paso 4, si la respuesta es sí ver paso 10 | Médico | Paciente evaluado. |
| 6 | Programar cita | El personal que otorga las citas identifica el cupo más próximo y brinda cita | Citas | Programación de consulta médica o psicológica. |
| 7 | Incorporación a grupos de apoyo | Gestión de red de servicios de apoyo en la RIIS. | Médico Enfermera Psicólogo(a) | Paciente y familiares orientados y contactados con red de apoyo en la comunidad. |
| 8 | Despacho de medicamentos | El personal encargado de farmacia entrega medicamentos a paciente si han sido indicados por el médico | Farmacia | Paciente con medicamentos entregados |
| 9 | Servicios de apoyo | Se brindan o coordinan los servicios de apoyo requeridos por el paciente | Médico Enfermería | Paciente con atención o cita en servicios de apoyo |
| 10 | Estabilización | Consecuencias físicas (ej. cortaduras, 1° manejo de intoxicación) Consecuencias psicológicas (Intervención en crisis) | Médico Enfermería | Paciente estable |
| 11 | ¿Se requiere atención psicológica urgente? | Si la respuesta es No ver paso 5, si la respuesta es sí ver paso 11 | Psicólogo(a) | Paciente evaluado. |
| 12 | ¿Control de la situación de la crisis? | Si no existe control de la situación de crisis ver paso 12, de lo contrario ver paso 13 | Consulta externa | Plan de manejo |

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|-----------|--|---|--------------------|----------------------------------|
| 12 | ¿Control de la situación de la crisis? | Si no existe control de la situación de crisis ver paso 12, de lo contrario ver paso 13 | Consulta externa | Plan de manejo |
| 13 | Referencia | Se realiza referencia a UHSM u hospital especializado en salud mental según sea el caso. | Equipo | Referencia para manejo oportuno. |
| 14 | Entrevista multidisciplinar | Al estabilizar a paciente se realiza evaluación de las especialidades conformados por el equipo para brindar atención integral. | Equipo | Paciente evaluado |
| 15 | Diagnóstico y plan de manejo. | El equipo elabora el plan de manejo según las necesidades identificadas en evaluación. | Equipo | Plan de manejo y seguimiento |

Flujograma de atención en UCSF especializada



Fuente: MINSAL 2015

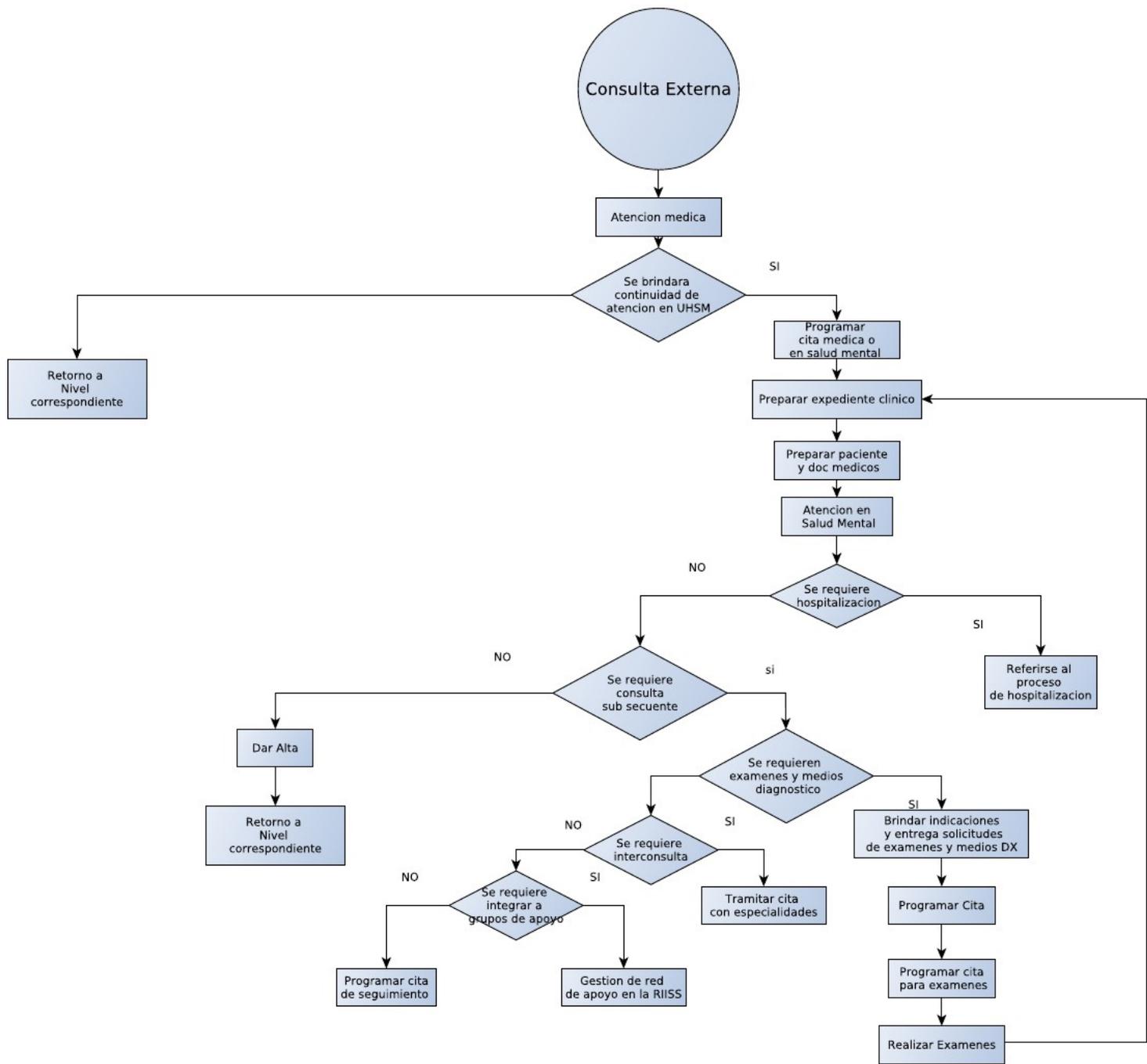
C: Atención en salud mental en consulta externa hospital

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|---|---|---|---|
| 1 | Atención integral | Se proporciona atención tomado en cuenta la promoción de la salud, prevención de trastornos mentales, se realiza tamizaje en salud mental. | Consulta externa | Atención integral Tamizaje en salud mental |
| 2 | ¿Se brindará continuidad de atención en UHSM? | En caso de requerir consulta con Unidad Hospitalaria de Salud Mental seguir paso 3, Si la respuesta es NO, seguir paso 21 | Consulta externa | Valoración de la complejidad de atención requerida. |
| 3 | Programar cita | El personal del área de citas identifica el cupo más próximo para atender la demanda de cada especialidad y brinda cita | Citas | Programación de consulta médica o psicológica |
| 4 | Preparar el expediente clínico | El personal de admisión de pacientes de consulta externa pone a disposición el expediente clínico físico o electrónico, requerido para la atención de cada cita programada. | Estadística y documentos médicos | Expediente clínico disponible |
| 5 | Preparar pacientes y documentos médicos | El personal de enfermería prepara al paciente y documentos médicos requeridos para brindar la consulta | Personal de enfermería | Paciente preparado y con documentación requerida para recibir atención. |
| 6 | Atención en salud mental | El (la) psicólogo, psiquiatra atiende a paciente en el consultorio dispuesto para ello, elaborando historia clínica, indicando exámenes de laboratorio y gabinete, psicometría. | Psicólogo(a) Psiquiatra | Impresión diagnóstica. Plan de manejo. |
| 7 | ¿Se requiere hospitalización? | En caso de requerir hospitalización, ver paso 8, en caso contrario ver paso 9 | Psicólogo(a) Psiquiatra. | Plan de manejo. Seguimiento |
| 8 | Hospitalización | Completar el proceso de hospitalización | Consulta externa UHSM | ---- |
| 9 | ¿Se requiere consulta subsecuente? | En caso de requerir consulta subsecuente, completar el proceso de evaluación iniciado en consulta de primera vez. En caso contrario ver paso 10 | Consulta externa | Plan de manejo |
| 10 | Dar alta o retornar al nivel correspondiente. | El (la) psicólogo, psiquiatra tratante instruye al paciente sobre su estado de salud y brinda la documentación de referencia o retorno según corresponda. | Consulta externa Psicólogo(a) Psiquiatra. | Alta de consulta externa hospitalaria |

| | | | | |
|----|---|--|----------------------|--|
| 11 | ¿Se requiere exámenes y/o medios diagnósticos? | En caso de requerirse, ver paso 11, en caso contrario ver paso 16 | Consulta externa | --- |
| 12 | Brindar indicaciones | El personal de enfermería brinda psicoeducación al paciente y familiares, entrega solicitud de exámenes y/o medios diagnósticos. | Enfermería | Paciente y familiares debidamente informados por personal de enfermería. |
| 13 | Programar cita | El personal del área de citas identifica el cupo más próximo a la fecha indicada. | Citas | Programación de consulta médica subsecuente. |
| 14 | Programar cita para exámenes | El laboratorio asigna cita para exámenes tomando en consideración la fecha de cita. | Laboratorio clínico. | Programación de cita para exámenes. |
| 15 | Realización de exámenes | El laboratorio clínico toma y procesa las muestras correspondientes a los exámenes indicados. | Laboratorio clínico. | Respuesta de examen |
| 16 | ¿Se requiere interconsulta? | En caso de requerirse y se cuenta con la especialidad ver paso 17, caso contrario ver paso 18 | Consulta externa. | ---- |
| 17 | Tramitar cita con especialidad correspondiente. | El personal del área de citas identifica el cupo más próximo para ser visto por la especialidad solicitada. | Citas | Programación de consulta médica en la especialidad solicitada. |
| 18 | Realizar interconsulta | El personal médico completa la documentación para la interconsulta | Médico (a) | ---- |
| 19 | ¿Se requiere integrar a grupos de apoyo? | Si se requiere, ver paso 20. De lo contrario paso 21 | | |
| 20 | Servicios en la RIIS | Gestión de red de servicios de apoyo en la RIIS. | Trabajo social | Paciente y familiares orientados y contactados con red de apoyo en la comunidad. |
| 21 | Programar cita subsecuente | Se programara cita para el control subsecuente | Citas | Cita programada |
| 22 | Retorno al nivel correspondiente | Psiquiatría o psicología brinda información al paciente y familiares, entrega documentación de referencia y retorno. | UHSM | — |

Ver a continuación flujograma.

Flujograma de atención en salud mental en consulta externa de hospital.

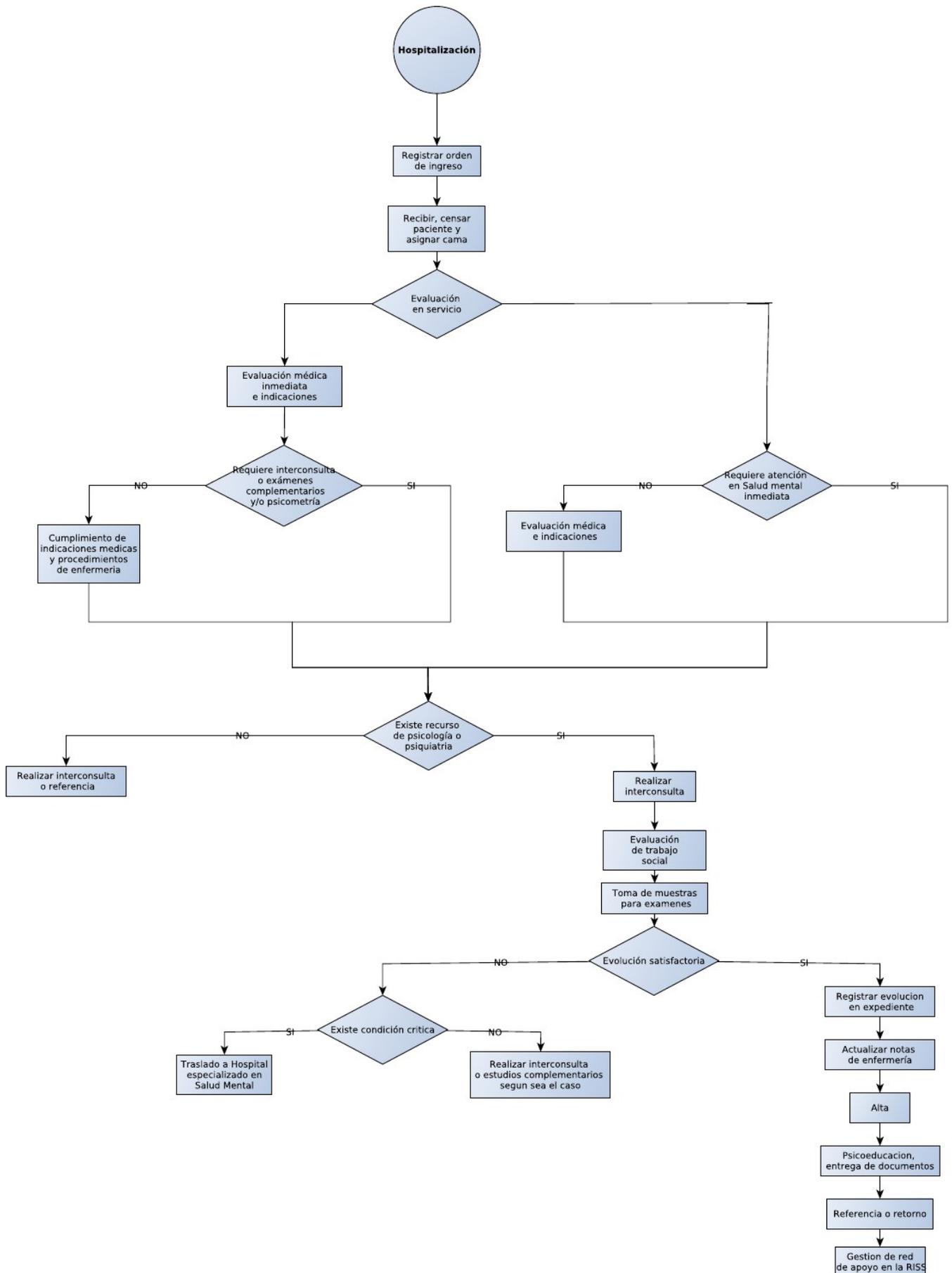


D. Atención en salud mental en hospitalización

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|---|---|------------------------------------|--|
| 1 | Registrar orden de ingreso | El encargado de admisión de pacientes registra los datos necesarios del ingreso hospitalario en los sistemas de registro correspondientes. | ESDOMED | Registro de ingresos actualizados. |
| 2 | Recibir paciente y asignar cama | Se recibe paciente en el servicio de destino cumpliendo los requisitos documentales de registro y se asigna una cama censable (procedimiento de ingreso). | Enfermería | Paciente encamado |
| 3 | Evaluación en servicio | Se realizará evaluación al paciente y se determina si se requiere atención médica inmediata | Enfermería médico residente | Paciente evaluado |
| 4 | Evaluación inmediata y definición de indicaciones médicas | Si el paciente requiere atención médica inmediata, enfermería da aviso al médico de mayor jerarquía asignado para que evalúe al paciente y defina un manejo inmediatamente. | Enfermería Médico especialista | Atención inmediata en hospitalización y definición de plan de manejo inmediato |
| 5 | ¿Se requiere interconsulta, exámenes complementarios y/o psicometría? | El médico(a) de staff decide la necesidad de apoyo diagnóstico, si es si, ver paso 9, si no lo requiere ver paso 6 | Médico(a) especialista | ---- |
| 6 | Cumplir indicaciones médicas y procedimientos de enfermería. | La enfermera a cargo de la unidad debe cumplir las indicaciones médicas. | Enfermería | Cumplimiento del plan de manejo |
| 7 | ¿Requiere atención en salud mental? | Si el paciente requiere atención inmediata en salud mental ver paso 9 , si no lo requiere ver paso 4. | Médico especialista o residente | ----- |
| 8 | ¿Existe recurso de psicología o psiquiatría? | Si existe recurso ver paso 10, si no existe recurso, ver paso 9 | Médico especialista o residente | ----- |
| 9 | Interconsulta o referencia | El personal médico completa la documentación para la interconsulta | Médico (a) | |
| 10 | Gestionar interconsulta, exámenes complementarios y/o psicometría | Según la condición clínica del paciente y a criterio del médico (a) tratante se debe solicitar la participación de médicos(as) de otra especialidad, psicólogo exámenes complementarios y /o psicometría. | Médico(a) de staff Enfermería | Solicitud de apoyo diagnóstico realizado. |
| 11 | Evaluación social | Es la evaluación realizada por trabajo social para valorar la situación social, económica y familiar | Trabajo social | Informe base |

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|--|--|---|--|
| 12 | Tomar muestra | El personal de enfermería toma muestra para exámenes indicados. | Enfermería | Muestras para exámenes tomados |
| 13 | ¿Paciente evoluciona satisfactoriamente? | En caso de tenerse una evolución satisfactoria ver paso 17, en caso contrario ver paso 14 | Médico(a) especialista | ---- |
| 14 | ¿Existe condición crítica? | En caso de determinarse una condición inestable ver paso 15, en caso contrario ver paso 16 | Médico especialista | ---- |
| 15 | Traslado a hospital especializado en salud mental | Manejo de paciente crítico | Médico de staff | Manejo adecuado del paciente. |
| 16 | Realizar interconsulta o exámenes indicados según corresponda | Es la evaluación por el médico(a) interconsultante y/o la realización y obtención de resultados de exámenes complementarios. | Médico(a) interconsultante. Servicios de apoyo diagnóstico | Cumplimiento de indicaciones médicas proporcionadas en interconsulta y/o en base a análisis de resultados de exámenes. |
| 17 | Registrar evolución clínica en expediente | Deben actualizarse todas las anotaciones relacionadas a la evolución clínica del paciente y todos los registros propios del servicio. | Médico(a) especialista o residente | Cumplimiento de requisitos documentales |
| 18 | Actualizar notas de enfermería | El personal de enfermería actualiza las notas correspondientes en el expediente. | Enfermería | Expediente de paciente actualizado. |
| 19 | Alta | Brindar a paciente orientación sobre su patología y finalización de tratamiento de forma ambulatoria(según el caso) así como medidas de autocuidado | Médico(a) especialista o residente. Enfermería | Paciente estable y en condiciones de alta. |
| 20 | Psicoeducación y entregar documentación de citas, referencias o retorno. | Enfermera entrega y explica documentación de alta, brinda psicoeducación a paciente y familia. | Enfermería | |
| 21 | Explicar referencia o retorno. | El personal de enfermería orienta al paciente sobre la importancia de cumplir la referencia o retorno, según corresponda. Brinda psicoeducación | Enfermería | Paciente orientado sobre importancia de referencia y retorno. |
| 22 | Servicios en la RIIS | Gestión de red de servicios de apoyo en la RIIS. | Trabajo social | Paciente y familiares orientados y contactados con red de apoyo en la comunidad. |

Flujograma de atención en salud mental en hospitalización

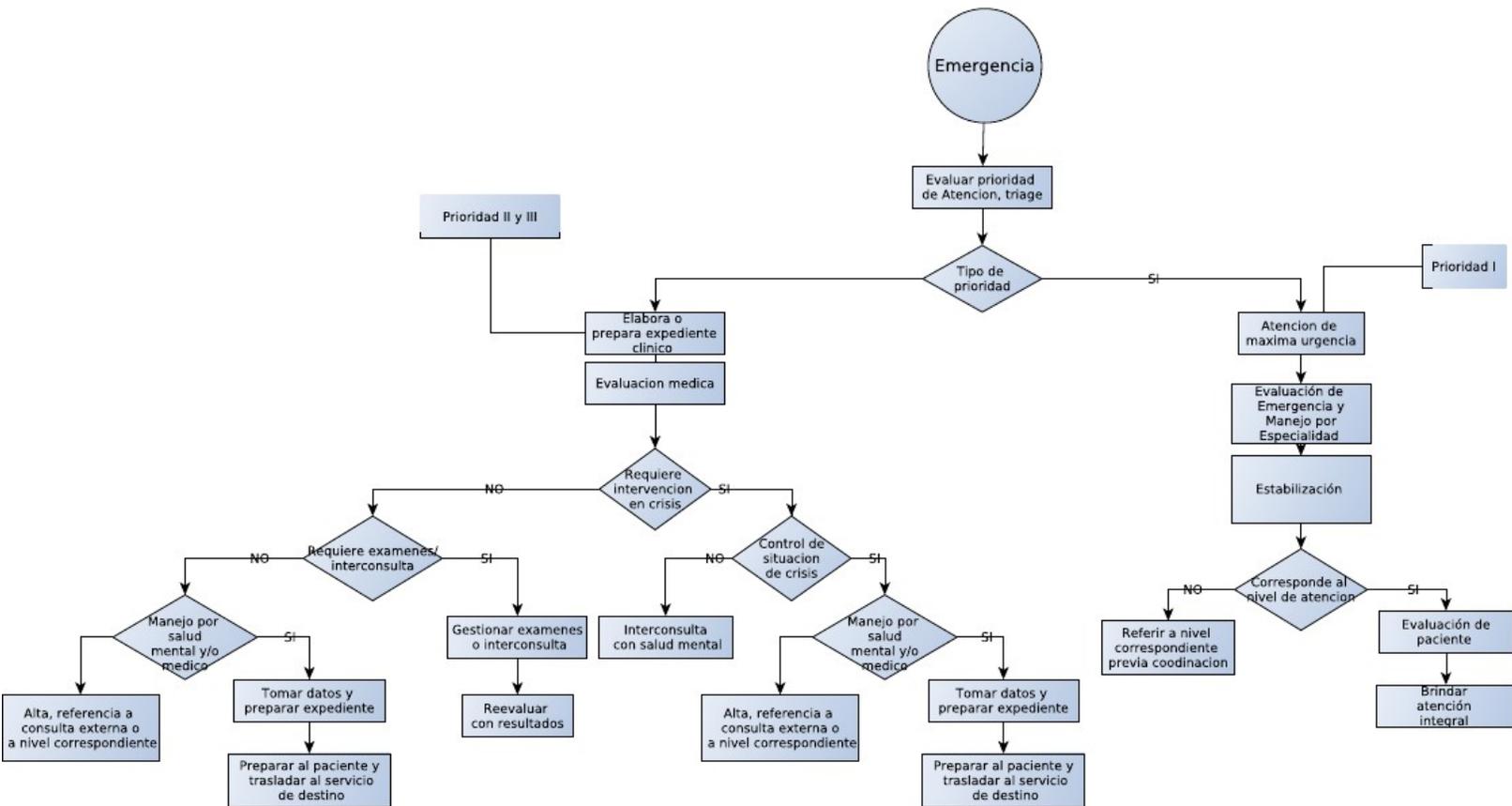


E. Atención en salud mental en emergencia

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|---|--|---|---|
| 1 | Evaluar prioridad de atención | El profesional responsable de realizar el triage en salud mental define la prioridad de atención del paciente. | Profesional responsable de realizar triage. | Establecer la prioridad de atención del paciente |
| 2 | Tipo de prioridad | Si el profesional responsable de realizar el triage define que es Prioridad I, pase al paso 3, si es prioridad II o III pase al paso 14. | Profesional responsable de realizar triage. | ---- |
| 3 | Pasa a atención en máxima urgencia | El equipo médico de emergencia atiende a paciente en máxima urgencia. | Unidad de emergencia | Atención adecuada del paciente |
| 4 | Evaluación de emergencia y manejo por especialidad. | El equipo médico de emergencia atiende a paciente en máxima urgencia. | Unidad de emergencia | Decisión si el paciente continuará siendo atendido en la institución o debe ser referido a atención clínica especializada en salud mental |
| 5 | Estabilización | El equipo estabiliza al paciente y evalúa la capacidad resolutive de hospital a fin de decidir si el paciente corresponde al nivel hospitalario o debe ser referido al nivel superior. | Unidad de emergencia | Referencia oportuna |
| 6 | ¿El paciente corresponde al nivel de atención del hospital? | Si el paciente no corresponde al nivel hospitalario ver paso 7, de lo contrario ver paso 10 | Equipo médico de emergencia | ----- |
| 7 | Referir al nivel correspondiente | Si se determina que el paciente no corresponde al nivel Hospitalario, referir al nivel correspondiente una vez se encuentra estabilizado el paciente y previa coordinación. | Unidad de emergencia | Paciente estabilizado y referido al nivel hospitalario correspondiente. |
| 8 | Brindar atención en salud mental y médico | Según cada caso, se brinda al paciente tratamiento médico y /o en salud mental, según corresponda | Equipo médico de emergencia | Atención oportuna y adecuada del paciente |
| 9 | Hospitalizar | Según la atención brindada, hospitalizar en el área correspondiente | Equipo médico de emergencia | Atención adecuada del paciente |
| 10 | Realizar evaluación médica | Una vez definido que el paciente es prioridad II o III, se debe brindar una evaluación médica | Equipo médico de emergencia | Evaluación médica completa |
| 11 | ¿El paciente amerita intervención en crisis? | Definir si el paciente amerita intervención en crisis ver paso 12, si es NO ver paso 18. | Unidad de emergencia | ----- |

| N° | Secuencia de actividades | Descripción de la actividad | Responsable | Resultado esperado |
|----|--|---|---|---|
| 12 | ¿Control de situación de crisis? | Si existe control de la crisis ver paso 15, de lo contrario ver paso 13 | Equipo de emergencia | _____ |
| 13 | Gestión de interconsulta con salud mental | Se debe gestionar la interconsulta con psiquiatría o psicología | Unidad de emergencia | Interconsulta |
| 14 | Realizar evaluación por salud mental | Una vez definido el manejo por salud mental ver paso 20, o paso 19 | Salud mental | Evaluación por salud mental |
| 15 | ¿Se necesitan exámenes y/o interconsulta médica? | Son necesarios para el paciente exámenes de apoyo diagnósticos y/o interconsulta médica, si es Si ver paso 14, si es no ver paso 16 | Unidad de emergencia | ----- |
| 16 | Gestión de exámenes y/o interconsulta médica | Se debe realizar la gestión para la toma y realización de exámenes de apoyo diagnóstico y/o interconsulta médica. | Unidad de emergencia | Exámenes y/o interconsulta médica realizada |
| 17 | Reevaluar con resultados de exámenes y/o interconsulta médica. | Se debe realizar la gestión para la toma y realización de exámenes de apoyo diagnóstico y/o interconsulta médica. | Unidad de emergencia | Reevaluación médica |
| 18 | El paciente amerita manejo médico | Definir si el manejo de resolución de patología es médico, si es si ver paso 19, si es No ver paso 20. | Unidad de emergencia | Plan de manejo |
| 19 | Preparar paciente y trasladar. | Una vez definido el manejo del paciente, el personal de enfermería lo prepara y traslada al consultorio donde sera atendido o al servicio/unidad hospitalaria correspondiente según el caso | Unidad de emergencia | ----- |
| 20 | Seguimiento ambulatorio | Se define si el paciente posee el alta, si se programa cita para ser visto en consulta externa, referencia o retorno. | Médico responsable de paciente. Psicólogo(a) | Plan de manejo |

Flujograma de atención en salud mental en emergencia



Fuente: elaborado por equipo responsable de elaborar documento. MINSAL 2015

Población blanco

El personal de salud debe atender a toda la población que demande los servicios en salud mental ya sea de forma espontánea o referida al establecimiento, proporcionando la continuidad de la atención y abordaje integral en salud mental.

Promoción en salud mental

Para la operativización de las acciones de promoción de la salud, el personal debe desarrollar lo siguiente:

- a) Identificar y participar activamente en los espacios intersectoriales y/o interinstitucionales para el posicionamiento de la promoción de la salud mental en las respectivas agendas con actores públicos y privados presentes en el área de responsabilidad.
- b) Fortalecer los mecanismos de coordinación entre los diferentes sectores y actores públicos y privados para las diferentes acciones de promoción de la salud mental.
- c) Promover la participación y organización de actores, sectores y grupos para la cooperación en la creación de espacios saludables.
- d) Estimular el trabajo en equipo y el fortalecimiento de capacidades y habilidades en la temática de salud mental a recursos multidisciplinarios.
- e) Crear intercambios de experiencias aprovechando los diferentes espacios disponibles en todos los niveles.
- f) Realizar anualmente un plan de promoción de la salud mental para el desarrollo conjunto con los actores locales, Estableciendo los mecanismos para el monitoreo y evaluación del mismo, con el objetivo de conocer los niveles de avance, generar decisiones oportunas, hacer ajustes y mejorar los procesos incluidos en la POA.
- g) Llevar registro de las acciones de promoción de la salud mental desarrolladas en cada uno de sus espacios y niveles.
- h) Seleccionar espacios adecuados para desarrollar las actividades de salud mental, dentro del establecimiento o en cualquier lugar que reúna las condiciones necesarias para realizar las actividades.

Prevención en salud mental

Para la prevención de la salud mental, el personal debe desarrollar las siguientes acciones:

- a) Intervenciones para el desarrollo cognitivo saludable, mejores resultados educativos y menor riesgo de desarrollar problemas de salud mental.
- b) Mejorar el ambiente familiar a través de la recomendación del establecimiento normas de disciplina coherentes y estables, ajustadas a la realidad, comunicación efectiva, asertividad, desarrollo de la empatía, validación de emociones, afectividad, respeto, identificación e incidencia en la determinación social de la salud.
- c) Prevenir el abandono y fracaso escolar.
- d) Fomentar e incrementar la resiliencia.
- e) Fortalecer las redes comunitarias: intervenciones en la comunidad, la escuela, la familia y el individuo.
- f) Prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- g) Prevenir los trastornos de ansiedad.
- h) Prevenir los trastornos depresivos.
- i) Prevenir la conducta suicida.
- j) Referir oportunamente a las personas con consumo de alcohol y otras sustancias, a grupos de apoyo y/o atención individualizada para disminuir el consumo o lograr la cesación.

Para la operativización de la prevención el personal de salud puede utilizar las técnicas educativas que se presentan a continuación ²:

a. Psicoeducación: la intervención psicoeducativa incluye la interacción entre la persona o usuario, sus familiares y amigos, con el personal de salud. La psicoeducación enriquece y aclara las causas y efectos de la enfermedad, el entendimiento disminuye el riesgo de

² Cuaderno de Trabajo, Curso para promotores y promotoras Atención Integral en Salud de la Comunidad. Ministerio de Salud El Salvador, Marzo 2011

recaídas y de reingresos hospitalarios, así como la adherencia al tratamiento. Además permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos. Al aplicar la psicoeducación el personal de salud debe:

- ✓ Socializar los derechos humanos del paciente y atender en base a ellos.
- ✓ Ayudar a las familias a entender e interpretar los diagnósticos para mejorar la atención al familiar, entender sus propios procesos internos y necesidades en relación a la enfermedad y sus repercusiones sobre la dinámica familiar.
- ✓ Incorporar activamente a las familias en los tratamientos de los familiares.
- ✓ Involucrar a las familias con los servicios sociales y de salud de su comunidad para que puedan hacer uso de los recursos disponibles.
- ✓ Mejorar las habilidades de comunicación familiar (individual y grupal).

b. Entrevista educativa

Es la conversación entre dos personas, una de las cuales (personal de salud) compromete la participación de las otras (usuario/a) para que ponga en práctica actividades para el cuidado de la salud, también es utilizada para solicitar o transmitir información, para solucionar conflictos o encausar la toma de decisiones.

Tiempo de duración: de 15 a 30 minutos.

c. Charla educativa

Es la reunión de un grupo de personas (entre diez y treinta) donde un expositor proporciona información de un tema específico y dialoga con el resto. Se apoya con material educativo como rotafolios, hojas volantes, entre otros. Son pláticas informales y breves, aun cuando sea informal debe ser planificada y tener un objetivo.

Tiempo de duración: de 15 a 30 minutos.

d. Sesión educativa

Son reuniones desarrolladas con grupos organizados, en forma planificada y secuencial, con

finalidad de cumplir objetivos previamente establecidos. En esta se hará uso de diferentes técnicas educativas participativas tales como: demostraciones, sociodramas, trabajo en grupos pequeños.

Tiempo de duración: 1 a 2 horas

e. Demostración

Es una técnica mediante la cual se procura el aprendizaje, comprobando, mostrando o ejecutando una acción en presencia de los participantes. Permite la retroalimentación y evaluación inmediata y puede utilizarse en forma individual o grupal. Es útil para enseñar y aprender habilidades.

Tiempo de duración: 15 a 30 minutos

f. Consejería

Es un proceso de comunicación interpersonal en el cual una persona ayuda a otra en la toma de decisiones y actuar en consecuencia de acuerdo a la situación en la que se encuentra. Permite establecer con el usuario(a) una negociación a fin de que este adquiera compromisos con respecto al cuidado de su salud.

Tiempo mínimo de 30 minutos y un máximo de 2 horas

g. Sociodrama

Es la interpretación o dramatización de algún hecho, situación o problema de la vida real de un grupo determinado de personas, con el fin de obtener una vivencia más exacta de la situación y encontrar una solución adecuada. El sociodrama se realiza en un espacio físico adecuado, involucrando al público.

7. Atenciones en salud mental

Las pautas para la exploración en salud mental en el curso de vida que el personal de salud debe incorporar como parte de la atención integral en salud, se describen a continuación.

a) Atención de salud mental en la mujer y niño(a) durante el embarazo

Los cambios emocionales durante el embarazo deben ser considerado en los controles que se realizan a la mujer en esta etapa, por lo que el personal de salud debe considerar los siguientes aspectos:

- Actitud de aceptación o rechazo del embarazo.
- Expectativas que la nueva situación despierta en los padres.
- Características básicas de la dinámica familiar.
- Capacidad para expresar sus sentimientos.
- Embarazos previos, abortos, partos complicados, trastornos psicopatológicos
- Edad de la mujer.
- Estabilidad de la pareja.
- Madre sin apoyo de la pareja.
- Tratamientos y cuidados recibidos en embarazos previos.
- Antecedentes de maltrato infantil.
- Composición familiar.
- Recursos humanos, afectivos y materiales.
- Situación laboral y tipo de empleo.
- Seguimiento adecuado y periódico de los controles médicos

Factores de riesgo para la salud mental tales como:

- Embarazo en la adolescencia.
- Hijos concebidos en violaciones.
- Hijos no deseados.
- Muertes de hermanos o familiares directos.
- Embarazo de riesgo clínico:
 - Enfermedades graves de la madre o el feto
 - Conductas y situaciones de riesgo prenatal: alcohol, drogas, problemas laborales o ambientales, niños concebidos en violaciones.
- Antecedentes personales patológicos para descartar embarazo de alto riesgo.
- Antecedentes tanto de la usuaria como de su pareja de trastornos delirantes, depresivos mayores, episodio de manía, intento de suicidio, trastorno grave de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo o abuso de drogas.

Ante la presencia de los factores de riesgo, el personal de salud debe:

- Ofrecer atención adecuada a las necesidades individuales.
- Facilitar la expresión y ayudar a superar los temores maternos por medio de la explicación de los cambios en cada etapa del embarazo.
- Promocionar lactancia materna.
- Poner en contacto con red de apoyo.
- Si el embarazo es producto de agresión sexual, dar atención según los Lineamientos técnicos para la atención integral a todos los tipos de violencia
- En caso de encontrar rechazo ante el embarazo, sentimiento de culpa por embarazo no deseado, depresión, antecedentes de patología psiquiátrica, malformaciones congénitas del recién nacido, óbito fetal o muerte del recién nacido, referir a atención especializada de salud mental en las UCSF especializadas o UHSM según corresponda el nivel de resolución.
- Registrar en la historia clínica del niño(a) o adolescente las acciones realizadas para garantizar sus derechos y las atenciones en salud.

b) Mujer y niño(a) durante el puerperio

Durante el puerperio la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos que pueden acompañarse de algunos trastornos mentales como depresión o psicosis, así mismo ocurre una adaptación de la rutina diaria para brindar atenciones al recién nacido, por lo que es importante valorar los siguientes factores de riesgo:

- Edad de la madre.
- Antecedentes personales patológicos.
- Problemas familiares graves en la infancia de la madre.
- Antecedentes de separaciones precoces de sus padres.
- Actitud negativa frente al embarazo: embarazo no deseado, dudas sobre la eventual interrupción del embarazo en el inicio de la gestación, tensiones en la pareja durante el embarazo.
- Condiciones del parto.
- Circunstancias perinatales adversas: partos gravemente distócicos, prematuridad, APGAR bajo, sufrimiento fetal, enfermedad congénita o malformaciones, separación prolongada, madre lactante, hospitalización prolongada de la madre o el recién nacido.
- Estado de salud del recién nacido.

- Capacidad de la madre para proporcionar cuidados y afecto al recién nacido.
- Actitud ante la lactancia materna y antecedentes previos con los demás hijos.
- Presencia de otros hijos en la familia.
- Atenciones recibidas para los otros hijos si los hubiera (controles periódicos del “niño sano”, antecedentes de maltrato infantil).
- Composición familiar.
- Estabilidad de la pareja.
- Madre sin apoyo de la pareja.
- Situación laboral y tipo de empleo.

Factores de riesgo para la salud mental tales como:

- Acontecimientos desfavorables vividos que generan ansiedad durante el puerperio.
- Limitación intelectual tanto de la madre como de su pareja.
- Antecedentes en la madre y su pareja de trastornos delirantes, depresivos mayores, episodio de manía, intento de suicidio, trastorno grave de la personalidad, esquizofrenia, alcoholismo o abuso de drogas.

Ante los antecedentes de los factores de riesgo, el personal de salud debe:

- Promover el contacto físico de la madre con el hijo en las tres primeras horas de vida.
- Para lactantes, niños y madres en riesgo psicosocial establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales para garantizar la protección de sus derechos y de ser necesario realizar visita domiciliar.
- En el caso que se detecten trastornos psicopatológicos en la madre (depresión o psicosis puerperal) o antecedentes de patología psiquiátrica tanto en ella como en la pareja, el personal de salud debe referir para atención especializada de salud mental en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas, Unidades Hospitalarias de Salud Mental u Hospital especializado, según nivel de resolución.
- Si aparecen señales de alerta psicopatológica en el recién nacido: trastornos de la alimentación y/o deglución, del sueño, del crecimiento del desarrollo, el personal de salud debe referir a pediatría.
- Registrar en la historia clínica del niño(a) o adolescente las acciones realizadas para garantizar sus derechos y las atenciones en salud.

c) Hijos de familias monoparentales y situaciones de riesgo psicosocial

Las familias monoparentales con frecuencia presentan situaciones de riesgo psicosocial que afectan el desarrollo integral de los niños(as), adolescentes y sus familias. Es importante que el personal de salud identifique los factores de riesgo, promueva el fortalecimiento familiar y aborde oportunamente los trastornos que pudieran presentarse durante el desarrollo.

El personal de salud debe explorar factores de riesgo de disfunción familiar tales como:

- Disputas judiciales continuas e intensas por la custodia de los hijos tras la separación.
- Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño(a) y adolescente.
- Aislamiento o pérdida de apoyos sociales por parte de cualquiera de los progenitores
- Dificultades de elaboración del duelo en caso de fallecimiento de uno de los progenitores.
- Falta de información proporcionada al niño(a), adolescente en relación a la muerte del padre o las circunstancias de ésta por parte del resto de la familia.
- Madre soltera adolescente con escaso apoyo o importantes conflictos con su familia.
- Situaciones socioeconómicas muy desfavorables.
- Bajo grado de bienestar psicológico en la madre, padre o cuidador.
- Dinámica familiar conflictiva.
- Abuso de drogas por el progenitor conviviente o ausente.
- Patología 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.

Las señales de alerta de los niños(as) y adolescente en familias monoparentales y en riesgo psicosocial:

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

- No realizar los controles programados.
- Trastornos de la alimentación.
- Insomnio o hipersomnias persistentes.
- Trastornos de la comunicación/relación.
- Evidencia de malos tratos.
 - Retraso en el desarrollo psicomotriz o del lenguaje.
 - Anomalías en el juego y/o en la escolaridad .
 - Conductas inadecuadas de los padres (respecto a la alimentación, sueño y control de esfínteres).

ii. Niño de edad escolar (5-11 años)

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

lii. 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 intolerancia a las crisis de la adolescencia.
- Fracaso en la escuela o en el trabajo.
- Alta frecuentación a los establecimientos de salud.

Ante los antecedentes de riesgo psicosocial el personal de salud debe:

- Realizar familiograma como instrumento de exploración que evalúa la estructura y dinámica familiar permitiendo detectar la situación de riesgo psicosocial.
- Los profesionales del equipo de atención primaria, debe mantener una postura de escucha y comprensión que permita percibir si existe vivencia de sufrimiento del niño(a) y adolescente.

- Prestar especial atención al seguimiento del embarazo de la adolescente, el cumplimiento de los controles pos parto y de niño sano programados para verificar su adecuada evolución.
- Realizar coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales tales como: escuela, iglesia, centro de desarrollo infantil, ONG, municipalidades, juntas de protección, para garantizar la protección de los derechos del grupo familiar.
- Para verificar la calidad de los cuidados proporcionados por la madre, padre o cuidador el profesional del equipo de atención primaria puede explorar mediante preguntas abiertas tales como: ¿Qué hace el niño en un día de la semana?, ¿en un día de vacación?, ¿Cómo se comporta en la casa, escuela, comunidad, otros familiares, iglesia, al jugar con otros niños(a)?.
- Referencia a atención especializada en salud mental en UCSF especializada o UHSM de los niños(as), Adolescentes y su familia en caso de evidenciar conductas desafiantes, opositoras, disociables, angustia de separación de los progenitores o cuidador, cambio desfavorable en el rendimiento académico, o en la conducta habitual y en caso que la madre, padre o cuidador tengan antecedentes o padezca una enfermedad mental.
- Garantizar el goce de los derechos de los niños(as) y adolescentes, mediante el fortalecimiento de las condiciones de salud mental de los padres.
- Registrar en la historia clínica del niño(a) o adolescente las acciones realizadas para garantizar sus derechos y las atenciones en salud.

d) Fracaso escolar

El fracaso escolar es una condición en la que se afecta el desempeño escolar, en la que el alumno(a) no cumple en tiempo señalado con las expectativas pedagógicas propuestas por los programas de enseñanza debido a múltiples causas. Entre ellas tenemos:

- i. Factores psicológicos inespecíficos: trastorno por déficit de atención, depresión infantil, trastornos por ansiedad de separación.
- ii. Factores psicológicos específicos: dislexia, disortografía, discalculia, disgrafía.
- iii. Factores biológicos: alteraciones cognitivas de base neurológica, metabólica, endocrina, alteraciones sensoriales y alteraciones psicomotrices tempranas.
- iv. Factores sociales y psicosociales: disfunciones familiares, de redes sociales y de la institución escolar.

El fracaso escolar constituye un factor de riesgo para la salud mental de los niños(as) y adolescentes, por lo que el personal de salud debe:

- Realizar una evaluación periódica del desarrollo psicomotor y psicosocial, el progreso de

los aprendizajes (psicomotricidad, lenguaje, sociabilidad) dentro de los controles habituales del programa del “niño sano”.

- Descartar problemas o condiciones físicas que dificulten el proceso de aprendizaje.
- Evaluar señales de alerta como la presencia de movimientos estereotipados y repetitivos, conductas distorsionadas como automutilación y auto o heteroagresiones, retraso en el habla, falta de contacto visual y la no respuesta a estímulos sociales.
- En edades escolares indagar sobre la presencia de distractibilidad, agresividad, rebeldía, aislamiento, bajo rendimiento académico, entendido este como baja en las notas por un periodo de tres meses consecutivos o baja repentina en las notas sin causa aparente, ausencias frecuentes por dolencias inespecíficas e hiperactividad, con un tiempo de evolución mayor a los tres meses y que no resuelvan con las intervenciones habituales que se realizan en los centros escolares.
- Indagar sobre antecedentes de dificultades en el desarrollo, médica o psicológica que hayan requerido intervenciones de un profesional de la salud, con algún tipo de discapacidad o que fomentan una percepción subjetiva del niño(a), adolescente o su familia de falta de capacidad para su desempeño.
- Disfunción en la dinámica familiar, incapacidad manifiesta de contención por parte de la familia del niño(a) y adolescente, comportamientos excesivamente dependientes, escasa o nula red de apoyo.
- Comorbilidad psiquiátrica y médica crónica; consumo de alcohol, tabaco y droga.
- Dificultades para adquirir pautas de autonomía, establecer relaciones sociales o mantenerlas, no ser aceptados habitualmente en los grupos de pares, fácilmente influenciables .

Frente al fracaso escolar el personal de salud, debe realizar las siguientes acciones:

- Evaluar el último informe escolar escrito y descartar problemas de método o entorno educativo investigando sobre el método familiar de motivación y apoyo al estudio, los horarios de y entornos de estudio, actividades de ocio, reposo-sueño.
- Posterior al proceso de evaluación, a partir de la impresión diagnóstica y detección de factores de riesgo el personal de salud debe establecer un plan individualizado de atención, seguimiento de los niños/as y orientación oportuna a los padres.
- Los trastornos específicos del aprendizaje, una vez detectados, si son leves, recomendar en primer lugar a la familia la estimulación de las funciones menos desarrolladas.
- Referir al equipo de atención especializada en salud mental a UCSF especializada o UHSM para evaluación psicométrica.

- Registrar en la historia clínica del niño(a) o adolescente las acciones realizadas.
- Coordinar con los centros escolares a fin de facilitar procesos de capacitación a los maestros para la detección de factores de riesgo y su oportuna referencia a los establecimientos de salud.

e) Discapacidad.

Discapacidad es un término genérico que se refiere a las limitaciones de la actividad y restricciones a la participación de la persona que la padece. La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

Recomendaciones generales para el personal de salud en la atención de salud mental a personas con discapacidad:

- ✓ Priorizar las personas que recientemente han adquirido una discapacidad para ser intervenidas, actualizar el grupo dispensarial al que pertenece y brindar consejería individual y familiar.
- ✓ Identificar un cuidador o familiar que se ocupe directamente de la persona con discapacidad.
- ✓ Educar al paciente motivando a la participación en su autocuidado, con el objetivo de favorecer la autonomía y mejorar la autoestima.
- ✓ Facilitar información sobre la situación, las repercusiones de la discapacidad, el proceso de pérdida de las funciones y cómo se puede fomentar y conservar la autonomía.
- ✓ Discutir cómo se pueden abordar los cambios previsibles en la situación laboral, familiar y el nivel de dependencia que la pérdida de capacidades puede suponer.
- ✓ Analizar y apoyar los cambios que la persona con discapacidad realiza en su autoconcepto.
- ✓ Favorecer el contacto con las redes de apoyo, asistenciales y con asociaciones especializadas si existen.
- ✓ Favorecer la expresión de sentimientos, pensamientos de la persona con discapacidad, así como (en privado) del cuidador, realizando psicoeducación orientada a fomentar la resiliencia.
- ✓ Favorecer la existencia de un tiempo de descanso para el cuidador, así como la responsabilidad compartida dentro del núcleo familiar para que otros puedan asumir el rol de cuidador temporalmente.
- ✓ Apoyar el proceso de aceptación de la discapacidad del paciente y su familia, fomentar la

autonomía, así como una actitud positiva del grupo familiar ante la discapacidad, para prevenir el aislamiento o deterioro de su autocuidado.

- ✓ Si la persona con discapacidad presenta aislamiento, deterioro en su autocuidado, autonomía o un trastorno mental realizar una interconsulta o referencia a la UCSF especializada, UHSM, Hospital Nacional de niños “Benjamín Bloom”, Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” según el grado de complejidad del caso.
- ✓ Asegurar la continuidad de los cuidados de la persona con discapacidad.

f) Cuidado del paciente terminal y su familia

El paciente terminal es un término que indica que una enfermedad se encuentra en la etapa en que ya no puede ser curada y se espera la muerte del paciente en un período corto de tiempo. Esta condición es frecuentemente asociada a enfermedades crónicas, cáncer, enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas.

El deterioro progresivo de la salud afecta las condiciones de salud mental de las personas y sus familias, por lo que se hace necesario hacer una atención especial en estos casos.

Recomendaciones generales para el personal de salud en la atención y cuidado del paciente terminal y su familia:

1. Identificar un cuidador o familiar que se ocupe directamente del paciente.
2. Generar confianza e indagar de forma asertiva en relación al conocimiento del paciente respecto a la enfermedad que padece, con el fin de disminuir en lo posible, sus temores, miedo al dolor, a la soledad y conservar el sentido de la vida.
3. Atender la decisión del enfermo terminal sobre lo que quiere saber, cómo y cuándo lo quiere saber y procurar que la familia asuma también la decisión.
4. Considere dar a conocer el pronóstico de enfermedad terminal al paciente cuando cumpla al menos 3 de los siguientes criterios:
 - Cuando el paciente lo pide reiteradamente.
 - Contar con la confirmación del pronóstico terminal y con argumentos consistentes y razonados para proceder a comunicar la información.
 - En pacientes que no sean vulnerables desde el punto de vista psicopatológico.
 - Con necesidades reales de solucionar o reparar asuntos personales como: herencias, relaciones interrumpidas, entre otros.
 - Cuando el personal de salud conocía el deseo previo del paciente de conocer su pronóstico y valora que mantiene su deseo.
 - Aumentar la autonomía y educar el autocuidado del paciente terminal y su familia.
5. Programar visitas domiciliarias para el apoyo del paciente y su familia.

6. Garantizar la continuidad de los cuidados del paciente terminal.
7. Promover la atención que asegure el máximo bienestar, calidad de vida, higiene adecuada, movilización analgesia eficaz y otras medicaciones.
8. Contener la ansiedad y la depresión del paciente y su familia realizando la interconsulta o referencia a la UCSF especializada o a la UHSM, según el grado de complejidad del caso.
9. Realizar al menos una entrevista familiar, para valorar el nivel de conocimiento que tiene la familia sobre el pronóstico, sus sentimientos hacia el fallecimiento del familiar y valorar la necesidad de un apoyo psicológico.

g) Adulto mayor.

El envejecimiento es un proceso en el cual la calidad de vida está determinada por las etapas anteriores, se relaciona de forma directa, en como la persona satisface sus necesidades en el curso de vida.

Esta etapa puede estar acompañada de la finalización de las actividades profesionales (jubilación), reducción progresiva de las actividades, aparición de diferentes patologías y discapacidades.

Recomendaciones generales para el personal de salud en la atención de la salud mental en personas adultas mayores:

- Generar confianza y respeto hacia la persona, dirigiéndose a él o ella por su nombre, procurando los espacios y tiempos para su desenvolvimiento.
- Motivar al adulto mayor a conservar sus capacidades: físicas, cognitivas y socio afectivas mediante la práctica de ejercicios físicos, estimulación de las habilidades cognitivas y dinamizar sus redes de apoyo social
- Practicar la escucha activa, promover estilos de vida saludable y entornos funcionales que faciliten el bienestar del adulto mayor.
- Indagar sobre las expectativas o proyectos de vida, motivar a sustituir actividades que no puede realizar, por otras al alcance de sus posibilidades, favoreciendo un envejecimiento exitoso.
- Realizar entrevista con familiar o responsable del adulto mayor para evaluar: la conformación de la red de apoyo familiar, grado de autonomía e independencia, trastornos mentales, adicciones, situación económica, hábitos de alimentación, adherencia a los tratamientos, hábitos de sueño y uso de su tiempo.
- Orientar al familiar o responsable sobre los cuidados que debe proveer al adulto mayor, fomentar la participación de otros familiares en los cuidados, dedicar tiempo para realizar actividades personales y descanso.
- Verificar el cumplimiento de los derechos del adulto mayor, realizar las coordinaciones pertinentes, poner en contacto con redes de apoyo comunitario.

h) Prevención del suicidio

Más de 800,000 personas mueren cada año por suicidio y es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.

Los suicidios son prevenibles mediante la detección precoz de los factores de riesgo que lo provocan y su oportuno abordaje, por lo que el personal de salud debe priorizar al momento de la atención:

- Identificar en los usuarios del establecimiento condiciones como: gran perturbación o angustia, profundos sentimientos de desesperación, tristeza, somatización, incongruencia de la historia en relación con el motivo de la consulta, labilidad afectiva.
- La conducta suicida no debe subestimarse o interpretarse como una exageración, constituye una verdadera emergencia por lo que su manejo debe ser priorizado.
- Identificar durante la entrevista antecedentes personales y familiares de conducta suicida (por ejemplo: intoxicación aguda por plaguicidas, sobredosis medicamentosa, heridas autoinfligidas, entre otros).
- Investigar antecedentes: edad, estado civil, grado académico, situación laboral, patología mental, enfermedades crónicas, consumo de sustancias, abandono escolar, violencia, víctima de abuso sexual, impulsividad, dinámica familiar y red de apoyo social con la finalidad de identificar factores de riesgo de la conducta suicida.
- Cuando se identifiquen dos o más factores de riesgo elaborar plan individualizado de atención para modificarlos.
- Explorar durante la entrevista la ideación suicida mediante preguntas como ¿considera que la vida no merece ser vivida? ¿tiene o ha tenido intenciones de quitarse la vida? Así como sobre la intencionalidad y la planificación suicida, en caso de identificar ideación suicida, brindar los primeros auxilios psicológicos, dar psicoeducación a la familia sobre el manejo, referirse al equipo especializado de salud mental de la UCSF especializada o UHSM con acompañamiento permanente de familiar o personal de salud y dar seguimiento comunitario.
- En caso de intento suicida tomar medidas que garanticen la sobrevivencia de la persona según sea el método utilizado para cometer el acto, garantizar por el personal de salud el seguimiento del caso y la continuidad de atención a la familia aun cuando la persona no sobreviva.

8. Intervenciones rehabilitadoras de tipo psicosocial

A pesar de que las intervenciones farmacológicas han constituido el tratamiento principal de las personas con TMG desde la introducción de aquellas en los años cincuenta, el control

parcial y limitado de la sintomatología, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, así como la pobre adherencia al tratamiento de un porcentaje no desdeñable de personas afectadas, plantean la necesidad de utilizar un enfoque más amplio, donde el tratamiento farmacológico se complementa con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, las cuales se han de coordinar y aplicar de manera eficiente para conseguir una recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos.

A las personas con TMG, se les debe ofrecer programas de intervención psicosocial que incluyan intervención familiar con componente psicoeducativo, técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales, añadido al tratamiento farmacológico. Además, a los familiares y cuidadores de personas con TMG, se les debe ofrecer programas psicoeducativos grupales, que incluyan información y estrategias de afrontamiento que permitan la discusión en un clima emocional distendido.

a) Terapia cognitivo-conductual (TCC)

Consiste en una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea y cómo lo que hace, afecta sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar la forma de pensar ("cognitivo") y actuar ("conductual") y estos cambios pueden ayudar a sentirse mejor. La TCC se centra en problemas y dificultades del presente, en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico actual.

En las personas con TMG, el tratamiento cognitivo-conductual se puede utilizar combinado con tratamiento estándar, para disminuir la sintomatología positiva fundamentalmente las alucinaciones.

A las personas con TMG con sintomatología positiva persistente, se les puede ofrecer una intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual específica para la patología, de duración prolongada (más de un año), con el objetivo de mejorar la sintomatología. Se debe incorporar la terapia cognitiva a las estrategias dirigidas a prevenir las recaídas de sintomatología depresiva en personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar.

Cuando el objetivo principal de la intervención en las personas con TMG sea la mejora del funcionamiento social, es aconsejable incorporar el entrenamiento en habilidades sociales.

No existe evidencia suficiente como para realizar recomendaciones en el área de resolución de problemas para personas con TMG y diagnóstico de trastornos esquizofrénicos y relacionados.

b) Terapia interpersonal

Evalúa cómo el estado de ánimo se ve afectado por los cambios en las relaciones y los roles que se desempeñan en la vida (por ejemplo, el matrimonio, la ruptura de una relación,

conseguir un ascenso en el trabajo o la muerte de un familiar). La terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT) se basa en la idea de que una interrupción en estas rutinas diarias conduce a una inestabilidad en los ritmos circadianos (ciclo sueño-vigilia) y pueden desencadenar episodios bipolares.

Las estrategias dirigidas a prevenir recaídas en personas con TMG y diagnóstico de trastorno bipolar deberían valorar el incorporar la terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT) al tratamiento.

c) Intervenciones familiares

A la persona con TMG y su familia, se debe ofrecer intervención familiar como parte integrada del tratamiento, se recomienda la intervención en formato unifamiliar. La duración recomendada en las intervenciones familiares dirigidas a personas con TMG debe ser de al menos seis meses y/o diez o más sesiones.

d) Intervenciones psicoeducativas

Se debe proporcionar información de calidad sobre el diagnóstico y tratamiento, dar apoyo y estrategias de manejo a las personas con TMG y diagnóstico de trastornos esquizofrénicos y relacionados, a los familiares y personas con las que convivan.

En los programas psicoeducativos que se ofrezcan a las personas con TMG, se debe incorporar a la familia.

Los programas psicoeducativos grupales dirigidos a las personas con TMG deben incorporar técnicas psicológicas específicas, realizarse en el periodo relativamente estable de su trastorno y siempre como complemento al tratamiento psicofarmacológico.

Los programas psicoeducativos para personas con TMG, deben estar integrados como una intervención complementaria en el plan de tratamiento individualizado, de duración proporcional con los objetivos propuestos, considerando un mínimo de nueve meses de duración del programa intensivo o a la necesidad de sesiones.

e) Rehabilitación cognitiva

A las personas con TMG y diagnóstico de esquizofrenia y relacionados, que presenten deterioro cognitivo se les debe ofrecer programas de rehabilitación cognitiva, los cuales deben estar integrados en programas más amplios de rehabilitación psicosocial.

De los programas o intervenciones de rehabilitación cognitiva dirigidos a personas con TMG, se recomienda optar por aquellos que incluyan o se acompañen de intervenciones

“compensadoras”, es decir de cambios de estrategia, y entrenamiento en habilidades o técnicas de afrontamiento.

f) Otras psicoterapias

No se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con el psicodrama, terapia de distracción e hipnosis en el tratamiento de las personas con TMG.

VI. Disposiciones finales

1. Coordinación institucional e intrasectorial

El personal debe establecer o fortalecer la coordinación a nivel intra e intersectorial con todos los proveedores de servicios de salud mental de la RIIS para garantizar que la atención se realice de forma oportuna y adecuada.

2. Del incumplimiento

Todo incumplimiento a los presentes Lineamientos Técnicos, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en las disposiciones legales administrativas respectivas.

3. De lo no previsto

Todo lo que no está previsto en los presentes Lineamientos, se debe resolver a petición de parte, por medio de un escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando técnica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

4. Anexos

Forman parte de éstos Lineamientos técnicos:

Anexo 1: organización de servicios de salud mental y capacidad resolutive.

Anexo 2: cuestionario de salud general de Goldberg.

Anexo 3: cuestionario de autoreportaje de síntomas psiquiátricos para niños (RQC).

Anexo 4: cuestionario de signos y síntomas (SRQ).

Anexo 5: CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye-opener)

5. Terminología

- a) **Escucha activa:** técnica de comunicación desarrollada por el psicólogo americano Carl Rogers. Consiste en transmitir a nuestro interlocutor un sentimiento de seguridad y confianza para que se abra más. El interlocutor debe sentirse escuchado y comprendido sin ser juzgado. Para ello, debemos deshacernos de nuestros prejuicios,

mostrar una actitud disponible, empatía y escucha.

- b) **Entrevista motivacional:** asistencia directa centrada en la persona, para provocar un cambio en el comportamiento ayudándolas a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal, como una forma colaborativa, centrada en la persona, dirigida a obtener y fortalecer la motivación para el cambio.
- c) **Grupos de autoayuda:** son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar una condición o circunstancia que supone una desventaja en relación con otros o dificulta la realización o consecución de algo común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados.
- d) **Interconsulta:** se genera cuando se necesita la opinión de uno o más profesionales especializados para el manejo integral de la persona, desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención, ya sea en la comunidad, UCSF, consulta externa o para pacientes hospitalizados. Éstas serán registradas en el formato de referencia, retorno e interconsulta.
- e) **Intervención familiar:** conjunto de acciones orientadas hacia la familia y que son realizadas por miembros del equipo de salud o del grupo básico de trabajo. A través de ellas se propicia el desarrollo de los propios recursos familiares de manera que la familia pueda ser capaz de hallar alternativas de solución ante los problemas de salud.
- f) **Intervenciones psicoeducativas:** conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento, basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo; cuyo objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales.
- g) **Prevención:** se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria, una vez la enfermedad aparece; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad sigue su curso y se interviene para disminuir o evitar una secuela o daño permanente.
- h) **Primeros auxilios psicológicos:** constituyen un enfoque modular basado en la evidencia y cuyo objetivo es ayudar a niños, adolescentes, adultos y familias a afrontar las consecuencias inmediatas de desastres. Están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento.
- i) **Promoción de la salud:** proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud.

Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como pre requisitos de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

- j) **Psicodrama:** técnica psicoterapéutica que consiste en hacer que los pacientes representen en grupo, como si de una obra de teatro se tratara, situaciones relacionadas con sus conflictos patológicos, con el objetivo de que tomen conciencia de ellos y los puedan superar. Representación teatral llevada a cabo por estos pacientes.
- k) **Referencia:** proceso a través del cual el personal de la RIIS, envía o acompaña a un paciente al nivel de atención indicado, cuando su condición clínica excede la capacidad resolutive del establecimiento de salud inicial, por haber superado la oferta de servicios establecida o por pertenecer a otra área de responsabilidad, refiriéndose a la misma para la continuidad de los servicios de salud requeridos. La referencia puede ser en el mismo nivel o bidireccional, desde el primer nivel de atención hasta el tercero y viceversa, en el caso de demanda espontánea.
- l) **Rehabilitación cognitiva:** es un programa de terapia guiada para aprender (o reaprender) maneras para concentrarse, recordar y resolver problemas después de una lesión o enfermedad que afecta al cerebro.
- m) **Relajación:** proceso mediante el cual un individuo es capaz de lograr determinado grado de distensión muscular y psíquico empleando diversas estrategias.
- n) **Retorno:** es la fuente de retroalimentación para garantizar el continuo de la atención del paciente, para lo cual se vuelve imprescindible la información de la atención recibida. El retorno podrá registrarse en dos.
- o) **Terapia cognitivo conductual:** es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.
- p) **Unidad hospitalaria de salud mental:** dependencia del Hospital General en la que se realizan intervenciones terapéuticas y estadías breves, necesarias para disminuir o eliminar las alteraciones en el estado mental de un individuo y así restablecer los vínculos familiares y sociales del mismo, en un entorno que facilita la mejor atención integral biopsicosocial.

VII. Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entraran en vigencia a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular.

San Salvador, a los cuatro días del mes de octubre del año dos mil diecisiete.



Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

A large, stylized handwritten signature in black ink, corresponding to the name of the Minister of Health.

Small, handwritten initials "EA" in blue ink, located to the left of the signature.

Bibliografía

1. Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppa K. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006; Nov 30 (11):1884-83).
2. APA <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
3. Dervaux A, Bayle FJ, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne M. Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophr Res.* 2006 Jan 31 ; 81(2-3) :151-5. Epub 2005 Nov 284).
4. Ewing JA. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *JAMA* 1984; 252 (14): 1905-72)
5. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Cara-veo-Anduaga JJ y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18.
6. Malet L, Schwan R, Boussiron D, Aublet.Cuvelier B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital.. *Eur Psychiatry* 2005 Nov;20 (7):484
7. Manual de Psiquiatría para trabajadores de atención primaria, OPS, serie PALTEX No. 1, Washington 1983
8. PAHO. Resolution of the PAHO Directing Council (CD40.R19). Washington, USA; 1997. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm#R19>.
9. Revista Terapéutica Levav I. Temas de Salud Mental en la Comunidad. Publicación de la OPS-OMS. Washington DC: OPS-OMS; 1992 (Serie Paltex)
10. Rodríguez J, González R(ed.). La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS-OMS.Washington, DC; 2007.
11. World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html>.

Anexo 1
Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Transmisibles
Unidad de Salud Mental

Organización de servicios de salud mental y capacidad resolutiva

CONJUNTO DE PRESTACIONES - ATENCIONES EN SALUD MENTAL RIISS NACIONAL

| COMUNIDAD | UCSF B | UCSF I | UCSF E | HOSPITAL GENERAL |
|--|---|--|---|--|
| Equipo de Salud Mental | Equipo de Salud Mental | Equipo de Salud Mental | Equipo de Salud Mental | Equipo de Salud Mental |
| Visita Domiciliar (Según criterio del Equipo de Salud Mental) | | | | |
| Fomentar la práctica de estilos de vida saludables, descanso adecuado, el hábito de realizar ejercicio físico, actitud positiva y la asertividad. | | | | |
| Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural de la persona, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas. | | | | |
| 1. Identificación Temprana de los Trastornos Mentales Comunes y Graves. | 1. Identificación Temprana de los Trastornos Mentales Graves. Según Lineamientos 2. Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes. Según Lineamientos | 1. Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes. | 1. Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes y Graves. 2. Contención Farmacológica de casos descompensados. 3. Tratamiento de la Comorbilidad. | |
| Referencia a UCSF B, UCSF I, UCSF E y UHSM | Referencia a UCSF I, UCSF E y UHSM. | Referencia a UCSF E, UHSM y Hospital Especializado | Referencia a UHSM y Hospital Especializado | 1. Intervención en Crisis 2. Urgencias o Emergencias en Psiquiatría 3. Referencia a Hospital Especializado |
| Servicios de Apoyo en la Comunidad | Seguimiento de Casos en la comunidad | Retorno a UCSF B | Retorno a UCSF B o UCSF I | Retorno a UCSF B, UCSF I o UCSF E |
| Implementación de las 3 estrategias de Prevención de Violencia: Estrategia 6. Prevención del Consumo Nocivo de Alcohol y otras sustancias psicoactivas dirigidos a adolescentes y jóvenes. Estrategia 7. Intervenciones de Salud Mental en la infancia-adolescencia ante el fracaso escolar. Estrategia 8. Prevención, Identificación Temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas. | | | | |
| Implementación de Estrategia de Familia a Familia con Organización de la Sociedad Civil | | | | |
| | Psicología (Si se cuenta) | Psicología (Si se cuenta) | UHSM | |
| | Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los planes individualizados de los casos con Trastorno Mental Común | Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los planes individualizados de los casos con Trastorno Mental Grave y los que cursan con primer brote psicótico. | 1. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los planes individualizados de los casos con Trastorno Mental Grave y los que cursan con primer brote psicótico. 2. Interconsulta a servicios de hospitalización. 3. Emergencias en Psiquiátricas. 4. Ingresos de Corta Estancia. | |
| Evaluación Psicométrica | | | | |

HOSPITAL ESPECIALIZADO (H. Psiquiátrico y HNN Benjamín Bloom) Ver Cuadro 2 Anexo

CONJUNTO DE PRESTACIONES - ATENCIONES EN SALUD MENTAL RIISS NACIONAL

HOSPITALES ESPECIALIZADOS

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ"

Fomentar la práctica de estilos de vida saludables, descanso adecuado, el hábito de realizar ejercicio físico, actitud positiva y la asertividad.

Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.

Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Trastornos Mentales Graves cuya evolución es lenta, con pobres o malos resultados, sin cambios significativos o con tendencia a empeorar y con escasa remisión de síntomas, por lo cual requiere de nuevas pautas de evaluación y clasificación diagnóstica.

Retorno de casos a UHSM Y UCSFE.

Ingresos Hospitalarios

Coordinación y asesoría a Grupos de Apoyo y Autoayuda

Atención de Emergencia Psiquiátrica

Rehabilitación

Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en Salud Mental en la RIISS

Promover la organización y participación comunitaria para el abordaje intrasectorial e intersectorial de los temas de salud mental

Fuente: Unidad de Salud Mental, MINSAL, Enero 2016

Anexo 2
Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Trasmisibles
Unidad de Salud Mental

Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ 12)

Es un cuestionario de detección autoadministrado destinado a detectar trastornos mentales en ambientes comunitarios, no psiquiátricos. Se centra en el deterioro del funcionamiento normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida (no detecta trastornos crónicos). Evalúa dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Tiempo de administración: 4-10 minutos

Normas de aplicación: esta versión debe administrarse si se dispone de escaso tiempo para la evaluación y cuando se emplea con personas con dificultades para leer y escribir, o con personas mayores. Puede leerse las preguntas y respuestas sin orientar a la posible respuesta.

La persona contesta a 12 frases que comparan su experiencia reciente con un determinado aspecto de su estado habitual, en una escala de cuatro niveles de gravedad.

Corrección e interpretación: el método más extendido y sencillo es el de contar el número de síntomas presentes, que aparecen incluidos en las columnas de la derecha: 0, 0, 1, 1. Se denomina 'puntuación GHQ', donde se concede un 0 a las respuestas No, en absoluto e Igual que lo habitual; y se concede un 1 a las respuestas Bastante más que lo habitual, y Mucho más que lo habitual.

El punto de corte óptimo de la versión latinoamericana es 5-6, el cual indica la necesidad de referir a atención especializada en salud mental.

Momento de aplicación: es una herramienta de tamizaje, pero puede ser utilizada para evaluación pretratamiento, evaluación durante el tratamiento y evaluación post-tratamiento.

Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Trasmisibles
Unidad de Salud Mental

Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a Usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante contestar **TODAS** las preguntas.

Últimamente:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más útil que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos útil que lo habitual

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

5. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual Igual que lo habitual Menos capaz que lo habitual Mucho menos capaz que lo habitual

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?

No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

10. ¿Ha pedido confianza en sí mismo?

No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Algo más que lo habitual Mucho más que lo habitual

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

Anexo 3

**Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Trasmisibles
Unidad de Salud Mental**

Cuestionario de autoreportaje de síntomas psiquiátricos para niños(as) (RQC)

El cuestionario de autoreportaje de síntomas psiquiátricos es una herramienta de tamizaje con el fin de hacer la detección de eventos y factores de riesgo en salud mental.

La parte inicial consta de datos de identificación sobre el niño, sus padres y la persona que proporciona la información, 10 preguntas que identifican signos y síntomas de interés en salud mental infantil, exceptuando el síndrome de hiperactividad / déficit de atención; y un segmento final en que se deja constancia de fecha y hora de entrevista de seguimiento para los casos positivos, dirección de la casa del niño y nombre del entrevistados.

Se considera positivo cualquier caso en que uno o más de los ítems se hayan marcado como “sí”

Tiempo de administración: 4-10 minutos.

Edad de aplicación: 5 a 15 años.

Normas de aplicación: Debe administrarse a padre, madre o cuidador que convive con el niño(a), para que las respuestas sean objetivas y no altere los resultados.

En caso de que el(la) responsable no pueda leer las preguntas, puede leerse las preguntas y respuestas sin orientar a la posible respuesta.

Puede ser aplicado por el personal de salud: Promotores(as), enfermeras(os), médicos(as), psicólogos(as), trabajadores sociales, fisioterapeutas.

Corrección e interpretación:

Si se contesta “SI” a una de las interrogantes, indica que se debe referir a atención especializada en salud mental.

Anexo 4

**Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Trasmisibles
Unidad de Salud Mental**

Cuestionario de signos y síntomas (SRQ)

El cuestionario de signos y síntomas conocido SRQ por sus siglas en ingles Self Reporting Questionnaire, que consta de 2 partes: una inicial con datos de identificación sobre el encuestado, un bloque de 20 preguntas sobre síntomas psiquiátricos no psicóticos (ansioso / depresivos); un segundo segmento de 10 preguntas que hacen referencia a síntomas psiquiátricos de tipo psicótico; convulsivo o por consumo de alcohol, y un segmento final en que se dan instrucciones para acordar una entrevista de seguimiento en caso de identificarse el caso como positivo.

Tiempo de administración: 5-10 minutos aproximadamente

Edad de aplicación: 16 años en adelante.

Normas de aplicación: Cuestionario que puede ser auto administrado o administrado por profesionales y personal de salud no psicólogos (Promotores(as), enfermeras(os), médicos(as), psicólogos(as), trabajadores sociales, fisioterapeutas).

En caso de que la persona no pueda leer las preguntas, puede utilizarse la versión ilustrada, haciendo uso de las imágenes por cada pregunta, registrando las respuestas. Esta aplicación debe realizarse sin influir en las respuestas del entrevistado.

Puede ser aplicado a nivel grupal, utilizando el formato cuestionario.

Corrección e interpretación:

Se consideró positivo cualquier caso que haya puntuado "SI" a 11 o más preguntas de la primera sección de 20, o a al menos una de las 10 preguntas correspondientes a síntomas psicóticos.

Un caso detectado como positivo de ésta manera, debe interpretarse como una persona con alto riesgo de estar sufriendo un trastorno mental.

Cuestionario de autoreportaje de síntomas psiquiátricos para niños (RQC)

Nombre del niño(a) sobre quien se responde: _____

Responsable del niño(a) sobre quien se responde: _____

Edad: _____ Sexo: M _____ F _____ Religión: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono: _____

Escolaridad: _____ Aún va al colegio: Sí _____ No _____

Fue al colegio hasta la edad de _____ años Nunca fue al colegio: Sí _____ No _____

A continuación encontrará una lista de molestias que el niño o niña, puede haber observado o no. En caso de haber visto el síntoma que se describe en el niño (a), marque una **"X"** en la casilla correspondiente a **"SI"** , de lo contrario maque una **"X"** en la casilla correspondiente a **"NO"**.

| Síntoma | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma? | | |
| ¿El niño(a) duerme mal? | | |
| ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? | | |
| ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza? | | |
| ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente? | | |
| ¿Ha robado cosas? | | |
| ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón? | | |
| ¿Parece como retardado o lento para aprender? | | |
| ¿El niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)? | | |
| ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa? | | |

Si contestó "SI" a una o más de las preguntas, debe ser referido a atención especializada en salud mental.

**Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Trasmisibles
Unidad de Salud Mental**

Cuestionario ilustrado de síntomas

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Indicaciones:

Nos interesa conocer acerca de su salud y su estado de animo después de la experiencia del desastre. Por favor indique con una X la respuesta que mejor describa su situación.

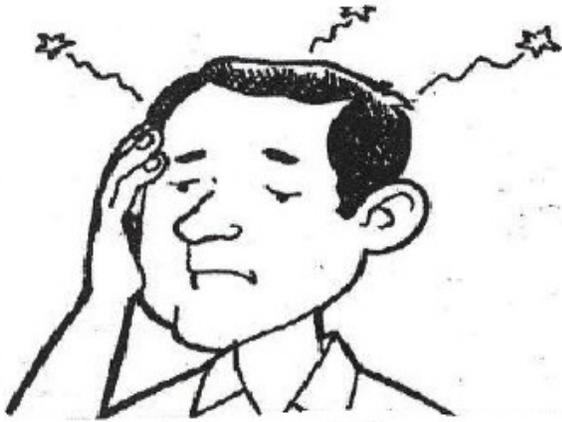
| No. | Situación | Si | No |
|------------|--|-----------|-----------|
| 1 | ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentemente? | | |
| 2 | ¿Tiene usted mal apetito? | | |
| 3 | ¿Duerme usted mal? | | |
| 4 | ¿Se asusta con facilidad? | | |
| 5 | ¿Sufre de temblor en las manos? | | |
| 6 | ¿Se siente nerviosos(a) tenso(a) o aburrido (a)? | | |
| 7 | ¿Sufre de mala digestión? | | |
| 8 | ¿No puede pensar con claridad? | | |
| 9 | ¿ Se siente triste? | | |
| 10 | ¿Llora usted con mucha frecuencia? | | |
| 11 | ¿Tiene dificultades para disfrutar de sus actividades diarias? | | |
| 12 | ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | | |
| 13 | ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? | | |
| 14 | ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida? | | |
| 15 | ¿Ha perdido interés en las cosas habituales? | | |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 16 | ¿Siente usted que es una persona inútil? | | |
| 17 | ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | | |
| 18 | ¿Se siente cansado (a)? | | |
| 19 | ¿Tiene sensaciones desagradables en su estomago? | | |
| 20 | ¿Se cansa con facilidad? | | |
| 21 | ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirle de alguna forma? | | |
| 22 | ¿Es usted mucho mas importante que lo que piensan los (as) demás? | | |
| 23 | ¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos? | | |
| 24 | ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? | | |
| 25 | ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos, piernas, con mordeduras de la lengua y perdida del conocimiento? | | |
| 26 | ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos(as), médico(a), sacerdote o pastor que usted estaba bebiendo demasiado licor? | | |
| 27 | ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido? | | |
| 28 | ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos? | | |
| 29 | ¿Ha estado en riñas o lo (a) han detenido estando borrachos(a)? | | |
| 30 | ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? | | |

Puntuación e interpretación de la escala de síntomas

| Preguntas | Puntuación | Interpretación |
|------------------|-------------------|---|
| 1 al 20 | 5 A 7 puntos | Angustia psicológica significativa |
| 21 a 24 | 1 o +1 puntos | Trastorno psicótico |
| 25 | 1 punto | Trastorno convulsivo |
| 26 al 30 | 1 o +1 puntos | Presencia de consumo problemático de alcohol. |

Cuestionario Ilustrado de signos y síntomas



1. ¿Padece Usted frecuentemente de dolor de cabeza?



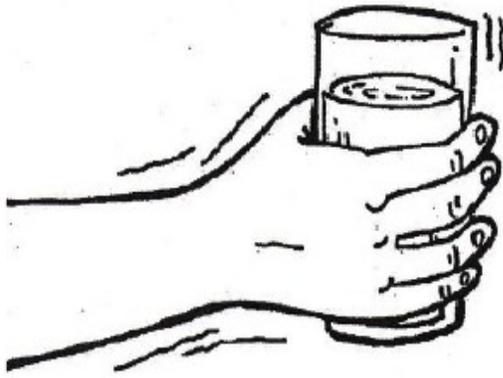
2. ¿Tiene usted mal apetito?



3. ¿Duerme usted mal?



4. ¿Se asusta con facilidad?



5. ¿Sufre de temblor de manos?



6. ¿Se siente nervioso/a tenso(a) o aburrido (a)?



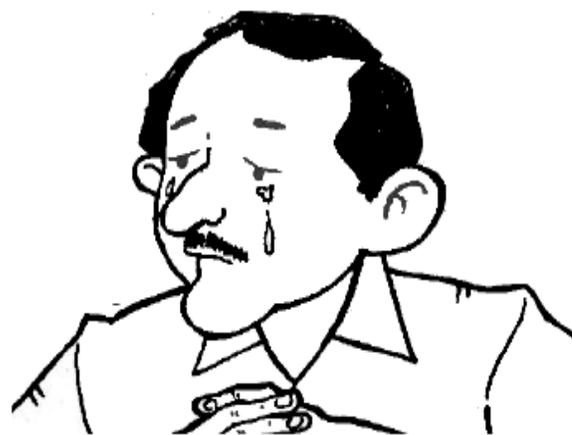
7. ¿Sufre de mala digestión?



8. ¿No puede pensar con claridad?



9. ¿Se siente Usted triste?



10. ¿Llora Usted con mucha frecuencia?



11. ¿Tiene dificultades en disfrutar de sus actividades diarias?



12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?



13. ¿Tiene dificultades en hacer su trabajo?



14. ¿Se siente incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?



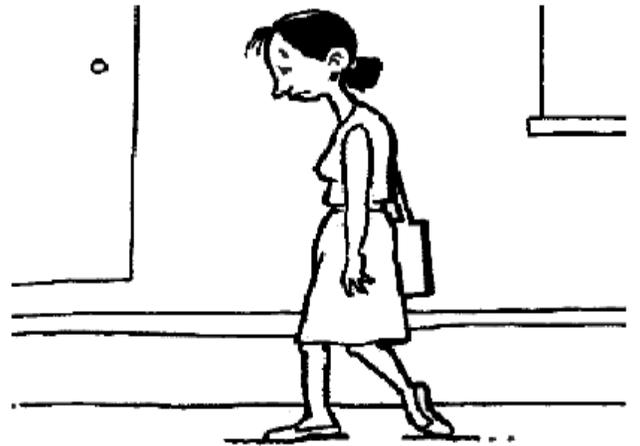
15. ¿Ha perdido el interés en las cosas habituales?



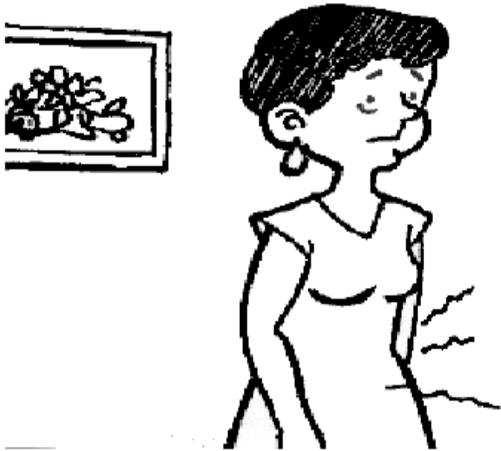
16. ¿Siente usted que es una persona inútil?



17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?



18. ¿Se siente cansado(a)?



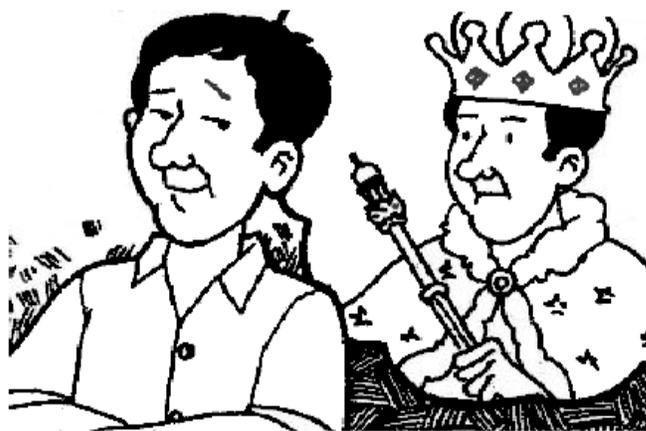
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?



20. ¿Se cansa con facilidad?



21. ¿Siente Usted que alguien ha tratado de herirle de alguna forma?



22. ¿Es Usted mucho más importante que lo que piensan los(as) demás?

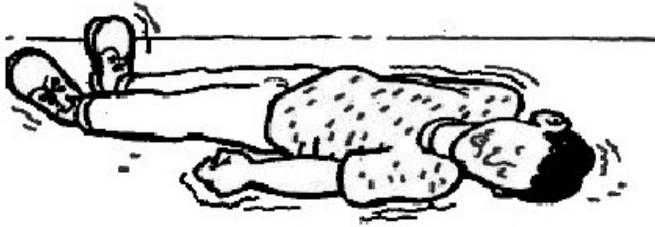


23. ¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos?

¡HEY!
PSST
¡OYE!



24. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?



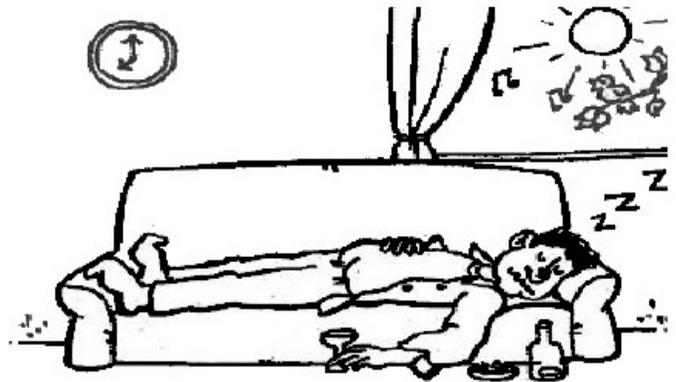
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos, piernas, con mordeduras de la lengua y pérdida del conocimiento?



26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos/as,, medico/a, sacerdote o pastor que Usted estaba bebiendo demasiado licor?



27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?



28. ¿Ha tenido alguna vez, dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o colegio, o faltar a ellos?



29. ¿Ha estado en riñas o lo /a han detenido estando borracho?



30. ¿Le ha parecido alguna vez que Usted bebía demasiado?

Anexo 5

Ministerio de Salud
Dirección de Enfermedades No Trasmisibles
Unidad de Salud Mental

CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye-opener)

CAGE es un cuestionario de screening en el abuso de Alcohol que por sus siglas en Ingles Cut Annoyed Guilty Eye-opener significa reducción del consumo, molestia a la critica, culpabilidad y consumo de alcohol por la mañana.

Tiempo de administración: 5-10 minutos aproximadamente

Edad de aplicación: 13 años en adelante.

Normas de aplicación: cuestionario heteroadministrado por profesionales y personal de salud no psicólogos (promotores(as), enfermeras(os), médicos(as), psicólogos(as), trabajadores sociales, fisioterapeutas).

Se trata de un cuestionario con 12 ítems dicotómicos, de las cuales sólo 4 son puntuables. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo, sino que deben intercalarse durante la entrevista.

Corrección e interpretación:

La existencia de más de dos respuestas afirmativas en las preguntas puntuables constituye el límite para considerar el resultado positivo. Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- 0-1 bebedor social
- 2 consumo de riesgo. sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia
- 3 consumo perjudicial
- 4 dependencia alcohólica.

Nombre : _____ Fecha: _____

UCSF/Hospital: _____ No. Exp. _____

Detección consumo alcohol-cuestionario cage camuflado

Población diana: población general. Se trata de un test **heteroadministrado** con 12 ítems, de los cuales 4 preguntas - marcadas en negrita- son puntuables. El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo. Cada pregunta debe intercalarse durante la entrevista.

| No. | Preguntas | Respuestas | Puntos |
|-------------------------|---|--|--------|
| 1. | ¿Piensa usted que come demasiados dulces? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 2. | ¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 3. | ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 4. | ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 5. | ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 6. | ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 7. | ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 8. | ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 9. | ¿ Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 10. | ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 11. | ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| 12. | ¿Se ha planteado en alguna ocasión, cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Puntuación total | | | |