

Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo.



San Salvador, 2018



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud

Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo

San Salvador, El Salvador, 2018.

Ficha catalográfica.

2018 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. 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 éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Edición y distribución.

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205 7000

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

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. San Salvador, El Salvador. C.A. Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo.

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

Índice

I.	Introducción	7
II.	Base legal.....	8 - 10
III.	Objetivos	10
IV.	Antecedentes	11
V.	Enfoque contextual	11-12
VI.	Marco conceptual	12-24
VII.	Detección del riesgo psicosocial	21 - 24
VIII.	Evaluación.....	24 -25
IX.	Intervenciones	25 -43
X.	Glosario	44 - 45
XI.	Disposiciones finales.....	45
XII.	Vigencia	45
XIII.	Bibliografía.....	46
XIV.	Anexos	47

Equipo técnico

Dr. Arturo Carranza Dr. Rigoberto González	Unidad de Salud Mental
Licda. Ruth Elizabeth Velasco Licda. Gloria de Guardado	Unidad de Promoción de la Salud
Dr. Mario Ernesto Soriano	Unidad de Atención Integral en Salud a Mujer Niñez y Adolescencia
Lic. Nereyda Ramos	Unidad de Género
M. Cs.: Luis Francisco López Guzmán Dr. Carlos Roberto Torres Dra. Graciela Angélica Baires	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Licda. Morena Murillo Lic. Marlon Amilcar Pineda Licda . Rina Elizabeth Abrego Licda. Gloria Nohemy Cruz Wendy Raquel Castillo Villeda	Foro Nacional de Salud

I. Introducción

La Política Nacional de Salud (PNS) 2015 – 2019 tiene en su base el reconocimiento de la salud como derecho humano, para hacerlo realidad demanda el abordaje de la determinación social de la salud, que identifica al proceso salud – enfermedad, como resultado de las interacciones que el modelo hegemónico de desarrollo ejerce entre la naturaleza y la forma en que la sociedad se organiza y funciona mediante la interacción contradictoria de componentes socio-históricos, económicos, políticos, culturales, demográficos, ambientales y biológicos. El primer eje de la Política, denominado: *Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS)*, plantea como líneas de acción: favorecer la equidad y accesibilidad a los servicios de salud mental, estimular la participación comunitaria en la promoción de la salud mental, prevención, detección temprana y rehabilitación, así como promover la deconstrucción de patrones culturales basados en la violencia, la posesión y el dominio.

Los presentes lineamientos técnicos integran los factores de riesgo psicosocial y la violencia de género, debido a que la mayoría de las agresiones contra las mujeres son cometidas por hombres con los que tienen o han tenido una relación de pareja, cercanos o de su entorno, donde se ejercen relaciones de poder o de confianza, las cuales pueden desencadenar el suicidio feminicida por inducción o ayuda.

Por lo anterior, la atención oportuna a adolescentes y mujeres jóvenes embarazadas ha adquirido importancia relevante en el contexto salvadoreño, por tal razón el Ministerio de Salud ha implementado una serie de intervenciones que han permitido la reducción progresiva del porcentaje de suicidio de la siguiente manera: para 2015 (7.24 %), en 2016 (6.12 %) y en 2017 (1.69 %).

Esas intervenciones constituyen un avance en la calidad de los servicios de salud que actualmente ofrece el Ministerio de Salud, de esta manera estos lineamientos establecen las disposiciones necesarias para la promoción de la salud, la prevención del suicidio y la identificación temprana de los riesgos psicosociales así como su abordaje integral.

II. Base legal

1. Constitución de la República

Art. 1. El Salvador reconoce a la persona humana es el origen y el fin de la actividad del Estado, que esta organizado para la consecución de la justicia,de la seguridad jurídica y del bien común.

“ Así mismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción”.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República 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. 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. 203.- El Ministerio de conformidad con sus recursos, y sus normas respectivas en los organismos de salud que determine, dará asistencia psicológica y psiquiátrica a los enfermos que la requieran. Esta asistencia será domiciliaria, ambulatoria o institucional y tendrá por objeto el tratamiento y control de las enfermedades y deficiencias mentales”.

3. Ley de protección integral de la niñez y adolescencia

Art. 31 .-El Estado debe garantizar la atención de la salud mental, neurológica y psicosocial de la niña, niño y adolescente mediante la formulación de políticas públicas e implementación de programas específicos.

La internación en instituciones publicas o privadas de cualquier niña,niño o adolescente por padecimientos de origen mental,neurológico o psicosocial, deberá ser autorizada por la madre,padre o representante legal, y podrá ser revisada por la autoridad judicial competente, previa petición de la parte interesada.

Se prestara especial atención a la salud mental de las niñas, niños y adolescentes en los casos de desastres naturales u otras situaciones de vulnerabilidad.

4. Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres

Art. 9. Alcance del Principio de Transversalidad.

En cumplimiento de compromisos regionales e internacionales contraídos por el Estado en materia de políticas de igualdad y erradicación de la discriminación, las instituciones del Estado deberán integrar los Principios de Igualdad y No discriminación en todas las políticas, normativas, procedimientos y acciones desarrolladas en el ejercicio de sus respectivas competencias, por lo que están obligados por tales compromisos, a aplicar la estrategia metodológica de Transversalidad del enfoque de género.

Art. 26. Igualdad y no discriminación en la atención a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva.

En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud, se aplicarán los siguientes lineamientos generales:

d) Garantizar servicios de salud de calidad durante la etapa de fertilización, implantación, embarazo, parto y puerperio a todas las mujeres, sin discriminación de ningún tipo, incluyendo la garantía de atención a pacientes que acudan a los establecimientos de salud en busca de atención oportuna, por problemas y situaciones que pongan en riesgo la continuidad del embarazo.

5. Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres

Art. 23 El Ministerio de Salud , será el responsable de:

a) Garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública, para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las mujeres.

b) Incorporar las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en la salud de las mujeres afectadas por la violencia, dando especial atención a la salud mental y emocional.

c) La prevención y detección temprana de las situaciones de violencia contra las mujeres, será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud pública.

Ley general de juventud

Artículo 19, Políticas de protección de la salud integral deberán:

a) Promover los servicios integrales de salud, y el desarrollo de programas adecuados de educación en todos los ámbitos de salud.

b) Potenciar programas de salud mental y atención psicológica.

- c) Promover programas para la prevención de enfermedades en general y en particular de aquellas de transmisión sexual.
- d) Promover estilos saludables de vida, mediante prácticas adecuadas de saneamiento, higiene y educación sanitaria, así como la orientación sobre nutrición, investigación, atención y cuidado especial de la salud juvenil.
- e) La prevención y erradicación de cualquier forma de maltrato, abuso y el establecimiento de atención especializada para las víctimas de estas violaciones.
- f) Posibilitar el acceso a servicios básicos.

6. Ley de salud mental

Art. 21.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, desarrollarán mecanismos de intersectorialidad e interinstitucionalidad para la atención integral de la salud mental de la población. Para tal efecto deberán considerar lo siguiente: a) Promover acciones para el fomento y protección de la salud mental.

III. Objetivos

Objetivo general

Desarrollar intervenciones institucionales e intersectoriales de promoción de la salud mental, prevención e identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes y mujeres jóvenes embarazadas .

Objetivos específicos:

1. Impulsar la promoción de la salud mental para el abordaje integral de la conducta suicida en las intervenciones de salud sexual y reproductiva. (Impulsar la estrategia de promoción de salud mental para el abordaje integral de la conducta y tendencia suicida en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes en riesgo de embarazo)
2. Estandarizar en la RIIS acciones para la detección temprana y prevención de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo.
3. Desarrollar las intervenciones para la identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo.
4. Fortalecer las capacidades del personal de salud y de los liderazgos comunitarios para la promoción de la salud, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo.

VI. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos técnicos son de carácter obligatorio para el personal de salud del MINSAL en la atención de las adolescentes y mujeres jóvenes.

V. Enfoque contextual

En los países desarrollados el suicidio ocurre tres veces más en hombres que en mujeres, sin embargo en los países de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. De acuerdo al Informe de prevención del suicidio *Un imperativo global*, presentado en septiembre de 2014 por la OMS, el suicidio es la tercera causa de mortalidad en la edad entre los 10 y los 24 años de edad¹.

En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, a nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a otros métodos, que varían según el grupo de población.

A consecuencia del machismo y la violencia de género las mujeres se enfrentan mas frecuentemente a trastornos depresivos y ansiosos, que los hombres.

La profundización de la Reforma de Salud plantea la atención integral e integrada en salud materna, para asegurar que toda mujer embarazada tenga acceso a servicios de calidad durante el periodo prenatal, alrededor del parto y en el puerperio, para la reducción de la morbimortalidad materna.

La mortalidad materna continúa siendo uno de los indicadores más sensibles de equidad en la Reforma de Salud, por lo que su reducción es un compromiso prioritario para el MINSAL. Para 2016 se tuvo una razón de mortalidad materna de 27.4 muertes por 100000 nacidos vivos, una reducción de casi 15 puntos con respecto al año anterior. Este es uno de los cinco valores más bajos en el grupo de países latinoamericanos y del Caribe. La mortalidad materna ha sido afectada en 2013 y 2014 por suicidio ya que estos representaron el 16.66% y el 13.33% para esos años, respectivamente².

En El Salvador, con datos originados por el MINSAL y reflejados en la Plataforma Virtual del Observatorio Centroamericano de la conducta suicida, las estadísticas

1 OMS. "Tercer Informe, Prevención del Suicidio, un imperativo global". Ginebra, Suiza. 2014

2 Ministerio de Salud de El Salvador, Sistema de Información de Morbi-Mortalidad en la Web (SIMMOW), www.salud.gob.sv

de suicidios consumados en el país en el periodo de 2010 a 2016 han tenido la tendencia siguiente:

Cuadro 1. Número de suicidios por año del periodo del año 2010 al 2016 en El Salvador

Años	15 a 24 años	25 a 34 años	Total
2010	27	14	41
2011	30	23	53
2012	47	19	66
2013	29	16	45
2014	37	25	62
2015	21	17	38
2016	16	6	22
Totales	207	120	327

FUENTE: Plataforma Regional de Integración de Datos del Observatorio Centroamericano de la Conducta suicida, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA 2017).

El total de suicidios para los años presentados en la tabla 1 fue de 1538, de los cuales 909 corresponden a los dos grupos de edad mencionados, representando el 50.10 %. Asimismo las muertes por suicidio en el sexo femenino para esos dos grupos de edad fueron 327, lo que representa el 36 % del total de muertes por suicidio³.

VI. Marco conceptual

La salud se concibe como un producto social positivo y como el elemento generador de bienestar humano, la determinación social de la salud se acentúa debido al entorno social y económico deteriorado de las comunidades, inequidad de género y el adultismo que permean la cultura, el debilitamiento de las familias, la falta de información sobre sexualidad, aumentando riesgos de inicio de relaciones sexuales a temprana edad y permitiendo la violencia sexual y embarazo en niñez y adolescencia, las conductas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, incrementando la carga de enfermedades mentales.

Hablar de salud desde países que responden inevitablemente al sistema hegemónico de producción capitalista, implica identificar la mercantilización de la psiquiatría que vinculada a la gran industria farmacéutica internacional, ha degenerado en la medicalización pero no resolución de los problemas sociales, todo en detrimento de los colectivos sociales, pero con importantes ganancias para las farmacéuticas.

3 COMISCA. Plataforma Regional de Integración de Datos del Observatorio Centroamericano de la Conducta suicida, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica.

Factores sociales estigmatizantes, psicológicos, culturalmente alienantes y de otro tipo, pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido al individualismo producto del neoliberalismo y la ponderación social del éxito-fracaso, la inmensa mayoría sienten que no pueden o deben pedir ayuda.

Los problemas de salud mental como la conducta suicida, suicidios y los trastornos mentales en general, contribuyen considerablemente a la carga de morbilidad y mortalidad en las adolescentes, mujeres jóvenes y embarazadas.

En ese sentido la promoción de la salud se constituye en una estrategia de salud pública que conlleva el desarrollo de acciones intra e intersectoriales amplias, el impulso de políticas públicas saludables, que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables, así como el fomento de la participación social y comunitaria, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades con enfoque de atención primaria en salud integral (APS-I), desarrollando habilidades y capacidades en la población, para participar en las decisiones que afectan su vida e incidir en la determinación social de la salud.

El enfoque de determinación social de la salud postula que la salud sólo puede alcanzarse con la sustentabilidad soberana de la producción de los bienes de los que depende la vida; y es fundamental partir de un concepto integral de la salud, en consecuencia la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más de la vida cotidiana. “La salud es un producto social positivo y un elemento generador de bienestar humano”⁴.

La salud y la enfermedad son el resultado de una compleja interacción que involucra las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a cada sociedad, de tal manera que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades requieren del trabajo conjunto del sector público, social y privado, ya que muchos de los factores que determinan la salud de la población se encuentran fuera del sector salud, por lo que no dependen directamente del mismo.

Las intervenciones de promoción de la salud mental, requieren ser trabajadas en el entorno de violencia social incluyendo, escenarios familiar, escolar, laboral y comunitario de manera integral.

También son elementos importantes la sensibilización de la población, el papel de los medios de comunicación, el uso de los recursos comunitarios y la participación de otros sectores como municipalidades, centros escolares, actores sociales y comunidades, el desarrollo de intervenciones integrales para la prevención y atención de los principales problemas de salud de adolescentes y jóvenes por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Las acciones de promoción de la salud se complementan a la prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida de las adolescentes y

4 MINSAL. Informe de labores 2014. San Salvador, El Salvador. 2015

https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/MINSAL_Informe_de_Labores_2014_2015_v2.pdf

mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo, tomando en consideración la violencia contra las mujeres y niñas en sus derechos sexuales y reproductivos para la adquisición y desarrollo de competencias en la toma de decisiones en salud, participando en la gestión y el cuidado de su salud.

Es trascendental considerar que además de los factores biológicos (herencia genética, sexo y edad), la salud de las adolescentes, mujeres jóvenes y de las poblaciones, no sólo depende de los servicios que se prestan dentro del sector salud sino de los estilos de vida, el ambiente físico y social, la posición que las personas ocupan dentro de la estructura socio económica, por su nivel de educación, posición laboral, área geográfica (urbana, suburbana y rural), lugar donde viven, nivel de ingresos económicos y la situación migratoria influyendo en el comportamiento de la determinación social de la salud, generando brechas entre las personas según su posición en la estructura social, y de ello, derivan desigualdades en la condición de salud y enfermedad.

La conducta suicida ha venido incrementándose alrededor del mundo y es reconocida así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1995 como un problema de salud pública. Se ha señalado como una de las primeras causas de muerte en jóvenes, también en los países en desarrollo.

Por tanto los abordajes de salud pública en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo son de fundamental importancia debido a que enfrentan eventos que afectan directamente su salud, pero también trascienden al interés social del desarrollo humano.

Según la OMS, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, por tanto los factores de riesgo psicosocial son aquellos elementos directamente relacionados con la capacidad de perturbar al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) de las personas. Esto consecuentemente permite definir al factor de riesgo en suicidio como aquel rasgo, característica o exposición de una persona que aumenta la probabilidad de cometer una conducta suicida.

A continuación se detallan aspectos fundamentales que representan factores de riesgo para el aumento de la mortalidad de adolescentes, jóvenes y embarazadas.

1. Violencia

La violencia en todas sus formas, constituye un fenómeno presente en la sociedad salvadoreña y muchas personas consultan en las RIIS por las consecuencias y no precisamente por la causa, por lo que se constituye un elemento importante de abordar desde un enfoque psicosocial. La violencia es el tipo de interacción humana que se manifiesta en conductas o situaciones que de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a una persona o una colectividad; que los afecta de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras.

1.1 Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer se manifiesta de forma generalizada alrededor del mundo. Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas mayores de enfermedad mental, embarazo no deseado y aborto, tanto espontáneo como inducido, que las que no han sufrido esos abusos.

El sistema de atención a la salud juega un papel fundamental en la prevención, identificación temprana, abordaje de la violencia de género, antes que se desencadenen en las adolescentes y mujeres jóvenes patologías definidas. Así mismo interviene en la generación, perpetuación o disminución de las desigualdades de género en salud, ya que de acuerdo a lo establecido en la Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, violencia contra las mujeres, es “cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como privado”. Situaciones de violencia que pueden ser detectadas y abordadas antes que desencadenen en las adolescentes y mujeres jóvenes patologías definidas.

Es por ello importante conocer el concepto de género, para la comprensión de circunstancias que afectan a las mujeres: éste se refiere al significado social atribuido a esa diferencia biológica sexual, es decir es el conjunto de conductas designadas a lo masculino y femenino como construcción social y cultural. Las cuales marcan las diferencias sociales, económicas, políticas, laborales y la forma de reaccionar a los servicios de salud, entre otras condiciones. La teoría de género parte de reconocer que existen diferencias biológicas (sexo) y factores construidos culturalmente (género) que permiten inequidades entre los sexos en salud, por tanto la categoría de género no es sinónimo de mujer. El género denota atributos, responsabilidades y oportunidades de las personas según el significado social que le da cada cultura y sociedad sobre lo que deben ser y hacer mujeres y hombres.

El eje central de la construcción social de género es la división del trabajo y del poder por sexo en la sociedad.⁵

Para romper los estereotipos, se debe lograr la equidad de género en salud, que es la distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres existen diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, el acceso y el control de los recursos y que estas diferencias deben abordarse, con el fin de corregir desequilibrios entre hombres y mujeres. La inequidad de género en el ámbito de la salud, se refiere a las desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles que existen entre las mujeres y los hombres en el estado de la salud, la atención de salud y la participación en el trabajo sanitario. Por tanto los estereotipos de género, las condicionantes de género y la violencia contra las mujeres no contribuyen al estado de salud de la población femenina.

5 OPS-MINSAL. “Manual de capacitación en equidad de género”. Págs. 13 – 14.

Las estrategias de equidad de género, se utilizan para finalmente lograr la igualdad de género en la salud, que significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. La equidad es el medio, la igualdad el resultado y este se logra a través del empoderamiento por parte de las mujeres y los hombres sobre sus vidas, es decir: a la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trata de un proceso, pero es también un resultado, es colectivo y al mismo tiempo individual. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el logro de la igualdad de género. Otros no pueden darle poder a las mujeres, solo las mujeres pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento tanto en el plano individual como en el colectivo.

2. Enfermedades mentales

2.1 Psicosis

La psicosis suele provocar cambios en el estado de ánimo y en la forma de pensar dando lugar a ideas extrañas, por lo que resulta difícil entender qué siente la persona afectada⁶. Con el objetivo de comprender en qué consiste la experiencia psicótica, es útil clasificar por grupos algunos de los síntomas más característicos:

Pensamientos confusos: los pensamientos más comunes se vuelven confusos o dejan de guardar una relación adecuada entre sí. La expresión verbal puede resultar difícil de entender o puede perder el sentido. En algunos casos, el paciente puede tener problemas para concentrarse, seguir el hilo de la conversación o recordar las cosas. Los pensamientos parecen acelerarse o volverse más lentos.

Creencias falsas: con frecuencia, la persona afecta de un episodio psicótico tiene creencias falsas, conocidas como delirios. El grado de convencimiento es tan alto que ningún razonamiento, por lógico que sea, es capaz de refutarlo. Por ejemplo, puede estar convencido de que su familiar está esperando la hora de dormir para hacerle daño.

Alucinaciones: por efecto de la psicosis, la persona puede ver, oír, sentir u oler cosas que en realidad no están presentes. De esta manera, puede escuchar voces que nadie más puede escuchar, ver objetos inexistentes o percibir el olor o el sabor de los alimentos alterados que le parece que están en mal estado o incluso envenenados.

Cambios afectivos y de percepción: a veces, la forma de sentir de la persona cambia de repente, sin que exista una causa aparente, haciendo que se sienta extraña y aislada del mundo. Son frecuentes los cambios bruscos en el estado de ánimo, pudiendo sentirse hiperactiva o por el contrario, deprimida. En ocasiones, parece que las emociones pierden

6 Toro, Ricardo José, Fundamentos de medicina y Psiquiatría. 5º Edición.

intensidad, por lo que puede sentir menos emoción que antes o dejar de manifestarlas a las personas que le rodean.

Cambios de conducta: las personas que padecen una psicosis presentan cambios en su conducta habitual. En algunos casos se vuelven extremadamente activas y en otros, les sobreviene un gran letargo que les hace estar sin hacer nada durante todo el día. Pueden reír en momentos inoportunos o enfadarse sin motivo aparente. Muchas veces, estos cambios de conducta se relacionan con los síntomas que hemos mencionado anteriormente.

Reacciones emocionales asociadas a la psicosis

Las reacciones emocionales son expresiones que por el diagnóstico de psicosis se pueden manifestar de manera variada, intensa y temporal tales como: negación, tristeza y culpa.

Síntomas psiquiátricos de alarma: Irritabilidad, desconfianza, insomnio, tensión, ansiedad o miedo y falta de concentración

Situaciones que pueden presentarse en la familia

- Violencia intrafamiliar
- Dificultades en la vida sexual (violencia sexual, disfunciones sexuales, entre otras)
- Reducción en las expresiones afectivas

Situaciones relacionadas con el trabajo

- Falta de motivación para realizar actividades físicas, intelectuales e incluso aquellas que le son placenteras.
- Temor de ser discriminado o maltratado en el trabajo o lugar de estudio.
- Dificultad para trabajar o estudiar.
- Abandono social.

Causas de la psicosis

La psicosis se presenta como parte de otra condición de salud mental. La psicosis se categoriza en tres grupos principales:

a. Psicosis debida a los trastornos mentales:

La psicosis es una característica de ciertas enfermedades mentales, como por ejemplo:

- **Esquizofrenia:** este es un desorden a largo plazo que es caracterizado típicamente por alucinaciones, falsas ideas y alteraciones de conducta.
- **Trastornos de ansiedad:** entre estos los cuadros disociativos caracterizados por conductas erráticas, pensamientos confusos, alteraciones en la percepción y la memoria de carácter transitorio.
- **Trastornos del humor:** los trastornos depresivos con síntomas psicóticos y los trastornos bipolares. Estos últimos se caracterizan por un humor que alterna entre lo depresivo y maniático, también se llama psicosis depresiva maníaca.

b. Psicosis debida a los desórdenes médicos:

La psicosis se puede considerar en varias dolencias debilitantes, como por ejemplo: Infecciones: VIH, sífilis, malaria, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, epilepsia y desórdenes neurológicos, trastornos endocrino-metabólicos, tumores de cerebro, entre otros.

c. Psicosis debido al consumo y abuso de sustancias psicoactivas: consumo compulsivo de alcohol, cocaína, anfetaminas, éxtasis, LSD, hongos, uso de fármacos de prescripción médica.

Tratamiento disponible para la psicosis

1. Tratamiento farmacológico (antipsicóticos)
2. Psicoeducación
3. Rehabilitación comunitaria
4. Seguimiento constante.

2.2 Depresión

Es una enfermedad caracterizada por alteraciones en el estado de ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad por un tiempo mayor a dos semanas. Puede ser clasificada como leve moderada y grave, según la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Depresión leve: caracterizada por los síntomas de depresión tales como adinamia, apatía, desánimo, tristeza, no obstante esta no impide que la persona continúe con sus actividades cotidianas, es decir mantiene su funcionalidad.

Depresión moderada: caracterizada por un periodo de síntomas como adinamia, desánimo, apatía, anhedonia, tristeza, disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, ideas de minusvalía y culpa, que afectan la funcionalidad global de la persona, es decir esta persona tiene dificultades en el rendimiento académico o en el trabajo además de sus relaciones interpersonales.

Depresión grave: en esta aparecen además de los síntomas ya descritos y la disfuncionalidad, síntomas más graves como la conducta suicida y síntomas psicóticos además de cambios conductuales.

Pilares del tratamiento de la depresión:

1. Tratamiento farmacológico
2. Psicoeducación
3. Abordaje de factores de riesgo psicosocial
4. Seguimiento.

2.3 Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas como palpitaciones y sudoración, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. La ansiedad es una respuesta ante una amenaza desconocida, vaga o conflictiva. Dentro de este grupo de enfermedades

se encuentran las fobias, los trastornos por estrés agudo y estrés pos traumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno de ansiedad generalizada

Implica una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos, circunstancias o conflictos de la vida cotidiana (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan por un periodo de tiempo mayor de seis meses⁷. Los síntomas pueden fluctuar y solaparse con otras enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos (trastornos depresivos).

Cuadro 2. Signos y síntomas de los trastornos de ansiedad

Signos somáticos	Síntomas psicológicos
Temblor, agitación	Sensación de terror
Cefalea, dolor de espalda	Dificultades de concentración
Tensión muscular	Hiper vigilancia
Disnea, hiper ventilación	Insomnio
Fatigabilidad	Disminución de la líbido
Respuestas de sobresalto	Sensación de nudo en la garganta
Hiperactividad vegetativa: rubicundez, taquicardia, sudoración, manos frías, diarrea, sequedad de la boca, polaquiuria.	Molestias gastrointestinales.
Parestesias	
Dificultad para la deglución	

Fuente: Kaplan & Sadock, Psiquiatría clínica, 4° Edición.

Es importante señalar y destacar que la ansiedad, preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Pilares del tratamiento de la ansiedad

- 1-Farmacológico
- 2- Psicoterapéutico
- 3-Técnicas de relajación
- 4-Abordaje de factores de riesgo
- 5-Seguimiento

2.4 Alcohol y otras sustancias psicoactivas

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la edad joven es uno de los factores de riesgo modificables más importantes para la prevención de la conducta suicida. En el caso de las adolescentes y embarazadas

⁷ Kaplan & Sadock. "Manual de bolsillo de psiquiatría clínica" 4° Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.

está asociado a grandes riesgos para la salud del niño o niña, como bajo peso al nacer, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de la placenta, síndrome de muerte súbita del lactante, así como a posibles problemas cognitivos que se manifiestan, en el caso del tabaco, con dificultades de aprendizaje y desórdenes de la conducta y en el caso del alcohol pudiendo llegar a configurar el denominado síndrome alcohólico fetal (SAF).

El personal de salud del primer nivel de atención, debe estar estrechamente relacionado con la comunidad ya que es el lugar donde se deben focalizar las acciones de promoción de la salud, intervenciones de carácter preventivo, la detección precoz e intervenciones breves para casos de uso de sustancias psicoactivas, así como la referencia de los casos con consumo problemático a la red especializada de atención.

Componentes

I. Promoción de la salud mental

Entre las actividades a desarrollar en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) con participación de la intersectorialidad están:

- a) Elaboración y actualización permanente de un mapeo de actores y sectores claves gubernamentales y no gubernamentales vinculados al trabajo con adolescentes y mujeres.
- b) Fortalecimiento de la organización comunitaria y participación social.
- c) Promover iniciativas en la creación de ordenanzas, políticas locales y espacios para lograr la integración de las distintas organizaciones o estructuras comunitarias en todas las actividades en mención, elaboración de proyectos, gestiones financieras y sociales para el beneficio colectivo de familias, comunidades y municipios saludables desde la gestión territorial en promoción de la salud.
- d) Identificación de las inequidades sociales de la salud vinculados a la salud mental a través de un diagnóstico comunitario y resultados de encuestas, entre otros aspectos.
- e) Fortalecimiento de la intersectorialidad a través de los espacios organizados o de su creación.
- f) Fortalecimiento de los liderazgos comunitarios y comités del FNS, para la realización de intervenciones de educación para la salud, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo.

Actividades de educación para salud a realizarse en RIIS.

Se deben desarrollar diferentes técnicas educativas tales como: Charlas, sesiones, consejerías y entrevistas educativas, visitas domiciliarias, demostraciones, capacitaciones, ferias de la salud y socio dramas, entre otros. A la vez, se deben gestionar espacios en diferentes medios de comunicación masiva y en las instituciones de su área geográfica de responsabilidad. Estas intervenciones deben estar dirigidas a la población en general y a grupos en riesgo, con énfasis en la comunidad educativa que involucra a las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo y serán desarrolladas por un equipo multidisciplinario. Estas deben desarrollarse en coordinación con

municipalidades, centros escolares, actores sociales y comunidades.

Temáticas a desarrollar

- Promoción de estilos de vida saludable
- Prevención de lesiones asociadas a accidentes y violencia
- Auto cuidado e higiene personal
- Seguridad alimentaria y alimentación saludable
- Actividad y actividad física
- Habilidades para la vida
- Manejo de la presión de grupo
- Fortalecimiento de la autoestima
- Proyecto de vida
- Fortalecimiento de la capacidad de resiliencia
- Prevención del embarazo en la adolescencia
- Prevención de la violencia social y todos los tipos de violencia a mujeres y niñas.
- Práctica de sexo seguro o responsable
- Equidad de género
- Derechos sexuales y derechos reproductivos (SSR).

VII. Detección del riesgo psicosocial

Para la identificación temprana del riesgo de suicidio, el personal de salud debe implementar el proceso de detección del riesgo psicosocial asociado a la conducta suicida de las adolescentes y mujeres jóvenes embarazadas, el cual se realizará a través de la aplicación de las herramientas que se describen a continuación. Durante la consulta brindada a las adolescentes y mujeres jóvenes en edad fértil, se debe administrar la Hoja filtro de control preconcepcional, factores o condiciones de riesgo, en la cual se debe identificar la presencia de al menos uno de los siguientes factores de riesgo:

Cuadro 3. Factores de riesgo psicosocial a identificar en Hoja filtro de control preconcepcional, factores o condiciones de riesgo modificada

Biológicos / Obstétricos		Sociales
Adolescente (menor de 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos	Alcoholismo
Trastornos de salud mental: Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad Psicosis Conductas suicidas previas Otros trastornos de la salud mental	Muerte perinatal previa	Otras adicciones
	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos	Violencia sexual
	Recién nacido previo con defectos congénitos	Violencia intrafamiliar Violencia contra las mujeres Trata de personas
	Bajo peso al nacer (menor de 2,500 gramos)	Prácticas sexuales de riesgo
	Parto prematuro previo	Baja escolaridad Disfunción de la estructura y dinámica familiar

Fuente: equipo técnico responsable de elaboración de "Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas", febrero de 2017.

Cuando se evalúen los factores biológicos/obstétricos de la Hoja filtro de cuidado preconcepcional en el ítem de los “trastornos de salud mental”, se debe indagar las siguientes condiciones: trastornos depresivos, trastorno de ansiedad, psicosis, conductas suicidas previas y otros antecedentes de trastornos mentales.

Asimismo durante la indagación de los factores de riesgo social de la hoja filtro, se debe preguntar acerca de la estructura y dinámica familiar, considerando el grado de desintegración y convivencia conflictiva para calificarlo como factor de riesgo. Se debe elaborar el familiograma correspondiente.

Si se encuentra al menos uno de los factores anteriormente descritos se deben aplicar las escalas siguientes:

- Escala de desesperanza de Beck.
- Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).
- Cuestionario de Ilustrado de Síntomas (SRQ).
- Escala de Satisfacción con la vida (SWLS).

Estas herramientas corresponden a los anexos 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Durante el control prenatal de la embarazada, el personal de salud debe administrar la Hoja filtro de control prenatal, con el objeto de identificar la presencia de uno o más de los siguientes factores de riesgo.

Cuadro 4. Factores de riesgo psicosocial a identificar en hoja filtro de control prenatal

I. Antecedentes obstétricos	II. Historia médica general	III. Embarazo actual
1. Muerte fetal o muerte neonatal previa.	5. Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas .	9. Embarazada menor de 15 años o mayor de 35 años de edad
2. Antecedentes de dos o más abortos espontáneos previos.	6. Trastornos depresivos.	12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual) sospecha de trata de personas.
3. Peso al nacer del último bebé menor de 2,500 gr (menor de 5.4 libras)	7. Trastornos de ansiedad (Trastornos adaptativos)	13. Embarazo no deseado
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.	8. Especificar cualquier otra enfermedad o afección médica severa	16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro
11. Malformaciones congénitas previas	Preguntar además sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de psicosis • Antecedentes de conducta suicida 	18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis) y conductas sexuales de riesgo Preguntar además sobre antecedentes de: <ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones congénitas y óbito fetal. • Familia disfuncional en su estructura y dinámica

Fuente: equipo técnico responsable de elaboración de “Lineamientos técnicos para la prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas”, febrero de 2017.

Cuando se aplique la hoja filtro de control prenatal en el apartado de “Historia médica general” se debe preguntar además sobre antecedentes de psicosis y conductas suicidas. En el apartado de “Embarazo actual” se debe indagar también sobre antecedentes de malformaciones congénitas u óbito fetal, así como sobre la estructura y dinámica familiar, considerando el grado de desintegración y convivencia conflictiva para calificarlo como factor de riesgo.

Ante la identificación de uno o más factores de riesgo se deben aplicar las escalas anteriormente descritas (Anexos 1, 2, 3 y 4).

Durante el parto y el puerperio se debe suministrar la hoja Historia Clínica Perinatal (CLAP), en la cual se debe identificar los siguientes aspectos:

Cuadro 5. Factores de riesgo psicosocial a identificar en la administración de la historia clínica perinatal (CLAP)

Datos generales	Edad menor de 15 años Soltera Vive sola
Antecedentes	Antecedentes de aborto Embarazo planeado
Gestación actual	Uso de alcohol Uso de drogas Violencia intrafamiliar VIH Sífilis
Parto /Aborto	Aborto Mortinato
Recién nacido	Fallecido en el lugar del parto Fallece durante el transporte Defectos congénitos
Tipo de egreso	Fallecido

Fuente: equipo técnico responsable de elaboración de “Lineamientos técnicos para la prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas”, febrero de 2017.

Ante la identificación de uno o más factores de riesgo se deben aplicar las escalas anteriormente descritas (Anexos 1, 2, 3 y 4).

Identificación de factores de riesgo psicosocial en las adolescentes asociados a la conducta suicida

Durante el control de la adolescente, al completar la hoja de atención integral, el personal de salud debe hacer énfasis en la identificación de los factores de riesgo detallados en la tabla abajo presentada con el objeto de identificar la presencia de uno o más factores de riesgo psicosocial asociados a la conducta suicida en el adolescente.

Cuadro 6: Factores de riesgo psicosocial a identificar en la administración de la hoja de atención integral a los adolescentes

Componentes de Historia clínica de adolescentes	Factor de riesgo identificado
Antecedentes personales	Intoxicaciones Problemas psicológicos Violencia
Antecedentes familiares	Violencia intrafamiliar, violencia sexual, trata de personas Problemas psicológicos Alcohol y drogas
Educación	No estudia Problemas en escuela Años repetidos Violencia escolar Deserción/exclusión
Vida social	No aceptación No amigos
Hábitos	Alcohol Tabaco Otras sustancias
Sexualidad	Varias parejas sexuales
Situación psico emocional	Imagen corporal Estado de ánimo

Fuente: equipo técnico responsable de elaboración de “Lineamientos técnicos para la prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas”, febrero de 2015.

Posterior al llenado de la hoja de atención integral al adolescente, el personal de salud debe proceder a administrar la escala de Desesperanza de Beck, la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL), el Cuestionario de Ilustrado de Síntomas (SRQ) y la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) dispuestas en los anexos 1, 2, 3 y 4.

Para el llenado correcto y completo de la hoja de atención integral al adolescente, se deben consultar los Lineamientos Técnicos para la atención integral de adolescentes en la RISS.

Violencia

Ante la sospecha o declaración de ser afectado por cualquier tipo de violencia, se debe aplicar la Hoja de tamizaje de violencia de los “Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia”, en la cual una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas contenidas en ella, es sugestiva de que la persona está siendo afectada por alguna forma de violencia, por lo cual se procederá de acuerdo a lo establecido en los referidos lineamientos.

VIII. Evaluación

Durante el proceso de atención integral en salud de las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo, al detectar uno o más factores de riesgo psicosocial, con los instrumentos descritos anteriormente, el personal de salud debe aplicar los siguientes instrumentos:

- ✓ Escala de desesperanza de Beck, ver anexo 1.
- ✓ Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), ver anexo 2.
- ✓ Cuestionario de ilustrado de síntomas (SRQ), ver anexo 3.
- ✓ Escala de satisfacción con la vida (SWLS), ver anexo 4.

Luego de la evaluación del riesgo psicosocial se debe proceder al llenado de la hoja del “Plan individualizado de atención de los factores de riesgo psicosocial” identificados (Anexo 5). El médico o médica responsable evaluará la adhesión a tratamiento, avances, progresos y la necesidad de realizar interconsultas, referencias o cuidados compartidos con recursos especializados de salud mental y otros según sea necesario. Para ello utilizará la hoja de referencia y retorno, consignando todas estas acciones en el expediente clínico de la usuaria.

IX. Intervenciones

Con el fin de estandarizar los abordajes psicosociales de los factores de riesgo, éste se hará mediante la aplicación de las consejerías, guías de psicoeducación según la recopilación de instrumentos de abordaje de los factores de riesgo psicosociales de estos lineamientos, así como las guías de manejo de grupos y los abordajes especializados en salud mental conforme a las guías clínicas de psiquiatría de acuerdo al nivel de atención.

a) Antecedentes de patología mental

Ante la identificación de antecedentes de patología mental el personal de salud debe plantearse los siguientes objetivos:

- Identificar antecedentes de patologías mentales como depresión, ansiedad, psicosis y conducta suicida a fin de prevenir complicaciones como la reaparición o agudización de síntomas. En usuarios con antecedentes de conducta suicida, se debe realizar un primer abordaje del tema a fin de conocer las motivaciones que le llevaron a cometer en el pasado dicha conducta, conocer sus expectativas actuales y reforzar los factores protectores.
- Brindar información y orientación respecto al uso de psicofármacos.

b) Encuadre

Luego de haber identificado los objetivos de la intervención el personal de salud debe plantearse el siguiente encuadre:

- En la primera sesión se deben investigar los antecedentes de patología mental y sus respectivos tratamientos.
- Si se identifican antecedentes se debe brindar consejería en un tiempo no menor de veinte minutos.
- Asimismo se debe establecer el contrato terapéutico con el usuario o la usuaria.
- Según la gravedad y el tratamiento farmacológico requerido se debe referir con el especialista de salud mental.

c) Orientación y educación para disminuir el nivel de ansiedad y disminuir el riesgo de reaparición de sintomatología

Se debe considerar que las preocupaciones más frecuentes de la población adolescente y joven que pueden agravar o influir en algunos trastornos mentales son:

- Los cambios sobre su papel en el futuro.
- Aspiraciones y proyecto de vida.
- Embarazo.
- Los cambios en las relaciones con las personas.
- La falta de apoyo o el miedo a encontrarse solo.

d) Orientación sobre los estilos de vida saludables

Como siguiente paso, se debe orientar sobre los estilos de vida saludables y recomendaciones para lograr una juventud con el mínimo posible de riesgo.

e) Efectos dañinos de los psicofármacos

Finalmente el personal de salud debe brindar orientación e información referente a los efectos dañinos de los psicofármacos durante el embarazo con especial énfasis en el primer trimestre, así como durante la lactancia materna. Se debe informar a la usuaria que la mayoría de los psicofármacos tienen efectos dañinos en el desarrollo del feto en especial durante el primer trimestre del embarazo razón por lo cual se debe referir con el personal de salud especializado para brindar abordaje conjunto y oportuno.

El personal de salud del primer nivel de atención debe mantener la comunicación con el personal de salud especializado de la red a fin de dar seguimiento al manejo terapéutico en la comunidad, garantizando la adherencia al tratamiento farmacológico y asistencia a controles a fin de evitar posibles recaídas.

Psicosis

Los pilares del tratamiento de la psicosis con el tratamiento farmacológico, la psicoeducación, la rehabilitación y reinserción social. La provisión de servicios de atención en el primer nivel de atención es fundamental y la oportuna articulación con la red de servicios de salud indispensable. Las consejerías es un pilar importante que los profesionales de salud del primer nivel de atención.

Tratamiento farmacológico:

Los antipsicóticos son los fármacos indicados para tratar los síntomas de la psicosis. Entre ellos los más disponibles por su efectividad son el haloperidol y la clorpromazina, no obstante a su demostrada efectividad presentan efectos secundarios que deben ser abordados tales como los síntomas extra piramidales (temblor, distonía aguda, acatisia), hipotensión arterial, entre otros.

Psicoeducación: la psicoeducación es un pilar fundamental en el abordaje de los usuarios con psicosis así como también para sus familiares. Es entre muchos temas, importante resaltar la información relevante de la patología y sus respectivos abordajes, esto contribuye a disminuir el nivel de ansiedad tanto del usuario como de los familiares o responsables.

Rehabilitación comunitaria: Es importante considerar la rehabilitación y reinserción en la comunidad de los usuarios con psicosis, por lo que se vuelve importante integrar a la misma comunidad y actores de la intersectorialidad para facilitar este proceso.

- El personal de salud del primer nivel de atención debe coordinar las intervenciones con instituciones y actores de servicio social disponibles en la comunidad incluyendo las organizaciones de servicios a personas con capacidades especiales.
- Asimismo debe facilitar el enlace con la oferta de servicios disponibles para satisfacer las necesidades físicas, sociales y de salud mental de la familia.
- Además debe motivar activamente a la persona a reiniciar actividades sociales, educativas y ocupacionales, según corresponda e informar a los familiares sobre ello.
- Facilitar, en la medida de lo posible la inclusión de la persona en actividades económicas y sociales. Trabajar con las instituciones locales para explorar oportunidades de empleo o educativas, sobre la base de las necesidades y el nivel de habilidad de la persona.
- Si es necesario y están disponibles, explorar las oportunidades de vivienda asistida/residencia de apoyo. Considerar la capacidad funcional de la persona y la necesidad de apoyo, teniendo en cuenta los derechos humanos al considerar estas opciones.

Seguimiento constante: El seguimiento del tratamiento y la evolución de los síntomas debe estar incluido en un plan de abordaje integral a efectos de verificar la adherencia al tratamiento, mejoría clínica, prevención de recaídas y proceso de reinserción a su entorno familiar y comunitario.

- El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, el primer control de seguimiento debe realizarse en la semana siguiente luego cada dos semanas hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento. Una vez que los síntomas hayan respondido, se debe realizar un seguimiento mensual o trimestral basado en la necesidad clínica y los factores de viabilidad. Dependiendo de cada caso en particular se debe mantener comunicación con el personal de salud especializado.
- Se debe promover la asistencia a los controles prenatales para el caso de mujeres con embarazo y se recomienda dar seguimiento a la evolución de los síntomas psicóticos y su medicación en esta consulta (además de otras consultas de seguimiento que se requieran).
- En cada sesión de seguimiento se debe evaluar los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y la adherencia al tratamiento. La

- participación de los cuidadores es fundamental.
- Evaluar y tratar las condiciones médicas simultáneas.
 - En cada sesión de seguimiento, se debe evaluar la necesidad de realizar intervenciones psicosociales.
 - Mantener comunicación con personal de salud especializado.

Se debe de potenciar el trabajo de red a fin de que los usuarios que hayan sido detectados con psicosis sean oportunamente tratados. En tal sentido se debe trabajar a fin de que un usuario con psicosis sea referido oportunamente al personal de salud especializado de segundo nivel para su evaluación y manejo clínico respectivo. Es importante señalar la responsabilidad del seguimiento al ser retornado al primer nivel de atención.

Depresión

Evaluación. El personal de salud, durante la evaluación del usuario, debe realizar el acercamiento demostrando confianza, seguridad y comprensión a sus problemas.

Las intervenciones deben ir enfocadas a los siguientes aspectos:

- Resaltar las cualidades y valores propios de los adolescentes y jóvenes así como las ventajas de utilizar esta información en la solución de sus propios problemas.
- Ayudar a los adolescentes y jóvenes a llevar una rutina diaria: levantarse a una hora adecuada, comer a horas regulares, hacer ejercicios y participar en actividades de la casa.
- Ayudar a los padres y/o familia a entender el problema, o apoyar en forma sencilla, como escuchar con interés.
- Motivar a los adolescentes y jóvenes a pertenecer y permanecer en los grupos sociales disponibles y a realizar actividades físicas.
- Motivar para la formulación de proyectos de vida y a incorporarse a grupos de auto ayuda.
- Brindar orientación familiar para mejorar la comunicación.
- Incorporar a programas que refuercen la salud mental disponible en la comunidad.
- Dar seguimiento y explorar sobre ideas suicidas para referir al especialista oportunamente.
- Programar visita domiciliar por personal de salud responsable, para apoyo y seguimiento al adolescente y familia⁸.

Tratamiento farmacológico: Existen una gran cantidad de fármacos que ayudan a la resolución de los síntomas de la depresión, los más disponibles en nuestro medio son los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina y la imipramina. Asimismo se cuentan con antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) como sertralina y fluoxetina. Estos medicamentos ejercen su acción

8 OMS, Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza. 2010.

terapéutica a las dos o tres semanas de iniciado por lo que es importante destacar esto al inicio del tratamiento dado que muchas veces la no explicación lleva al abandono precoz del fármaco. Así también es importante destacar que estos deben ser tomados por un periodo de tiempo de nueve a doce meses aun y cuando los síntomas hayan remitido antes, esto con el objetivo de evitar futuras recaídas. El destete debe ser gradual y prescrito por especialista.

Psicoeducación (para la persona y su familia, según corresponda). El personal de salud debe resaltar los siguientes aspectos:

- La depresión es un problema frecuente que le puede ocurrir a cualquier persona.
- Las personas con depresión tienden a tener opiniones negativas e irreales de sí mismas.
- Existen tratamientos farmacológicos efectivos, los cuales generalmente, inician su efecto terapéutico alrededor de dos semanas después de iniciado. Para lograr mantener los efectos terapéuticos de manera sostenida es importante una adecuada adherencia al mismo.
- Es importante continuar en la medida de lo posible, con las actividades que solían ser interesantes o placenteras, independientemente de si las mismas parecen ser interesantes o placenteras en este momento.
- La importancia de tratar de mantener un ciclo de sueño regular (es decir, acostarse a dormir a la misma hora todas las noches, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, evitar dormir en exceso).
- El beneficio específico de la actividad física periódica para la depresión, hasta donde sea posible.
- La asistencia a actividades sociales periódicas, incluyendo la participación en actividades sociales habituales, hasta donde sea posible.
- El reconocer los pensamientos de auto lesión o suicidio y regresar a buscar ayuda cuando se presentan.

Abordaje de los factores psicosociales:

el personal de salud debe ofrecer al usuario la oportunidad de hablar, preferiblemente en un área privada. Se debe pedir a la persona su opinión sobre las causas de sus manifestaciones clínicas.

- Preguntar sobre los factores psicosociales estresantes actuales y en la medida de lo posible, abordar las dificultades sociales y la capacidad para resolver problemas relacionados con factores psicosociales estresantes, o las dificultades para relacionarse, con la ayuda de servicios / recursos comunitarios.
- Evaluar y abordar cualquier situación de maltrato, abuso (por ejemplo, violencia doméstica) y descuido (por ejemplo, de niños o personas mayores). Establecer contacto con las instituciones correspondientes.
- Identificar los familiares que puedan brindar apoyo e involucrarlos en la intervención oportunamente.

En adolescentes:

- Evaluar y atender los problemas mentales, neurológicos y por uso de sustancias (especialmente la depresión) en los padres, cuando hubiere.
- Evaluar los factores psicosociales estresantes de los padres y tratarlos oportunamente, con la ayuda de los servicios / recursos comunitarios;
- Evaluar y abordar el maltrato, la exclusión o el acoso escolar (preguntar directamente sobre ello al adolescente);
- Si existen problemas de rendimiento escolar, se debe hablar con el maestro para conocer cómo se puede apoyar al estudiante;
- Si fuera posible, proporcionar a los padres información sobre habilidades apropiadas al entorno cultural.

Restablecer las redes sociales:

- Identificar las actividades sociales previas de la persona que, si se reiniciarán, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial directo o indirecto (reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias, entre otros).
- Estimular las fortalezas y habilidades de la persona y motivar a reanudar las actividades sociales previas, en la medida posible.

Seguimiento

- El seguimiento inicial debe ser lo más frecuente posible, se recomienda el primer seguimiento durante la primera semana, luego cada dos semanas, hasta que los síntomas agudos comiencen a responder al tratamiento. Una vez que los síntomas hayan respondido, se recomienda un seguimiento mensual o trimestral basado en la necesidad clínica y los factores de viabilidad. Si es necesario mantener comunicación con el personal de salud especializado.
- Se debe promover la asistencia a los controles prenatales para el caso de mujeres con embarazo y se recomienda dar seguimiento de la evolución de los síntomas depresivos y su medicación en esta consulta (además de otras consultas de seguimiento que se requieran).
- En cada sesión de seguimiento se deben evaluar los síntomas, efectos secundarios de los medicamentos y la adherencia al tratamiento. La participación de los cuidadores es fundamental.
- Evaluar y tratar las condiciones médicas simultáneas.
- En cada sesión de seguimiento, se debe evaluar la necesidad de realizar intervenciones psicosociales.
- Mantener comunicación con el personal de salud especializado.

Se debe determinar el nivel de gravedad de la depresión y la expresión sintomática a fin de determinar el grado de correspondencia con los servicios de salud según nivel de atención para su abordaje y cuidados. Los usuarios o usuarias con depresión leve deben ser atendidos en el primer nivel de atención y deben ser correspondencia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. Los

usuarios o usuarias con depresión moderada deben ser referidos y atendidos por los Ecos Especializados en coordinación con el personal de salud especializado del segundo nivel. Los usuarios o usuarias con depresiones graves deben ser atendidos en el segundo o tercer nivel de atención de salud mental y se le debe dar seguimiento en la comunidad mediante un adecuado funcionamiento de red.

Ansiedad

El abordaje de los trastornos de ansiedad debe comprender un enfoque psicofarmacológico, psicoterapéutico, de abordaje de los factores psicosociales y de consejería.

Farmacológico:

Las benzodiazepinas son fármacos que reducen por lo común la ansiedad de una manera eficaz y son más útiles cuando se da el primer tratamiento de choque ante una crisis. No obstante es importante destacar que este tipo de medicamentos son de uso controlado dado que tienen un alto potencial para generar dependencia y su uso no debe exceder más de las dos semanas para el manejo agudo.

No obstante a la efectividad de las benzodiazepinas para el manejo agudo, el tratamiento de base de los trastornos de ansiedad es con antidepresivos de los cuales los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como sertralina son los más utilizados por su alta eficacia en el control de los síntomas.

psicoeducativo:

El personal de salud debe explicar el curso y la naturaleza de los síntomas de los trastornos de ansiedad haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Las personas con trastornos de ansiedad con frecuencia pueden estar muy tensas. Es posible que se sobresalten con facilidad o que constantemente estén vigilando porque temen un peligro. Por lo tanto, la explicación del curso y la naturaleza de los trastornos de ansiedad, así como de los síntomas ayuda a disminuir los temores. Es común que las personas con trastorno de ansiedad tengan miedos respecto a su estado de salud dado que temen estar padeciendo una enfermedad grave, que pueden volverse “locos” o puedan morir dada la presentación de síntomas.

- Explicar, si se aplicara al caso, que las personas con trastornos de ansiedad, algunas veces pueden tener problemas concomitantes, como dolores en el cuerpo, poca energía, cansancio, irritabilidad y depresión.

Explicar que el tratamiento eficaz es posible.

- El tratamiento eficaz existe.
- Es probable que pasen varios días de tratamiento antes de que el usuario sienta alguna disminución en sus síntomas de ansiedad.

Además el profesional de salud debe resaltar los siguientes mensajes.

Indicar en la persona que tiene trastornos de ansiedad los siguientes aspectos:

- Continuar las rutinas cotidianas, en la medida de lo posible.
- Hablar con personas de confianza acerca de cómo se siente, pero solamente cuando se sienta lista para hacerlo.
- Participar en actividades relajantes que lo ayuden a reducir la ansiedad y la tensión. Hablar de formas culturalmente adecuadas para relajarse.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Tratar de mantener un ciclo de sueño regular (irse a la cama a la misma hora todos los días, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes o tratar de no dormir demasiado).
- Evitar el uso de alcohol o drogas para superar los síntomas del trastorno de ansiedad.
- Reconocer los pensamientos de suicidio y regresar en busca de ayuda cuando esto ocurra.
- En el caso de adolescentes con embarazo disminuir el nivel de ansiedad relacionado con su condición, mediante la oportuna información referente al embarazo y los síntomas de ansiedad.

Técnicas de relajación

- **Ejercicios de relajación:** consiste en explicar que la ansiedad está asociada con la respiración, rápida, poco profunda y torácica, mientras que la respiración lenta, regular y abdominal reduce la ansiedad. La técnica implica entrenar a la persona para que respire desde el diafragma.
- **Relajación muscular progresiva:** consiste en explicar que la ansiedad está asociada con la tensión muscular y que la relajación muscular sistemática reduce la ansiedad. Esta técnica consiste en entrenar a la persona para que tense y relaje sistemáticamente grupos musculares claves, por lo general, procediendo desde los pies hasta la parte superior del cuerpo.

Abordaje de estresores psicosociales:

- Hacer preguntas acerca de los estresores psicosociales. En la medida de lo posible, use técnicas de resolución de problemas para ayudar a la persona a reducir los elementos principales de estrés psicosocial o dificultades en las relaciones. Involucre a los servicios y recursos comunitarios, en la medida en que sea apropiado (con el consentimiento de la persona).
- Evaluar y atender cualquier situación de abuso (violencia intrafamiliar) y abandono. Esta evaluación requiere de un espacio privado y confidencial. Se debe comunicar con el personal de las instituciones correspondientes disponibles en la comunidad (servicios sociales o redes de protección comunitaria) para hacer frente a cualquier abuso, en la medida en que sea apropiado (con el consentimiento de la persona).
- Identificar a familiares que puedan servir de apoyo e incorpórelos lo más posible.

Seguimiento

En el manejo en red de los trastornos de ansiedad, la detección precoz en el primer nivel de atención garantiza el abordaje temprano y los cuidados oportunos ya sea en el nivel comunitario o en coordinación con el segundo nivel de atención. Los casos complejos como las adolescentes y jóvenes en estado de embarazo así como otras condiciones médicas asociadas, entre ellas la conducta suicida, se deben referir con el personal de salud especializado. Por lo tanto, la adecuada coordinación y comunicación en red de los diferentes niveles de atención favorecerán el seguimiento oportuno de casos a fin de que los usuarios encuentren una solución a sus necesidades de abordaje.

El seguimiento del manejo y la evolución de los trastornos de ansiedad debe hacerse en el primer nivel de atención donde se citarán a los usuarios a consultas de seguimiento al menos dos veces en el primer mes, luego cada mes y posteriormente cada tres meses según disponibilidad y evolución de los síntomas. En estos seguimientos debe evaluarse la evolución de los síntomas, la adherencia al tratamiento así como la mejora de las condiciones psicosociales que refuerzan los estados de ansiedad. En caso de detectarse otras condiciones médicas o sociales relacionadas, se debe referir al segundo o tercer nivel de atención, así como otros apoyos sociales y comunitarios.

Alcohol y drogas

Consejería en consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

Definición: consiste en un proceso colaborador que facilita el progreso de la persona hacia las metas y objetivos del tratamiento.

Elementos

- Consejería grupal
- Consejería individual
- Consejería para familias, parejas y personas significativas

La consejería incluye los métodos que sean sensibles con las características individuales del joven y la influencia de las personas significativas, así como con el contexto cultural y social del mismo. La competencia en consejería se construye basándose en el entendimiento, la apreciación y la habilidad de usar adecuadamente las contribuciones de varios modelos de consejería en adicción que apliquen a las modalidades de cuidado para individuos, grupos, familias, parejas y personas significativas.

Consejería grupal

La mayoría de los jóvenes y familias con riesgo de consumo nocivo de alcohol no necesitan una terapia intensiva, sólo información sobre lo que puede llegar a ocurrir en ellos y sus familias, conocer experiencias de jóvenes con problemas derivados del consumo de sustancias y algunas estrategias para desenvolverse mejor en su medio familiar y social.

El trabajo en grupos es la forma de abordaje óptima para los jóvenes y las familias con riesgo de presentar problemas de alcohol. Aunque son demasiado cortos para poder observar resultados inmediatamente, los grupos psicoeducativos permiten sembrar la semilla de la recuperación para que ésta vaya germinando poco a poco. Por ello, uno de los objetivos del grupo es ayudar a los niños y jóvenes a conectar con otros sistemas de apoyo en su entorno para asegurar que el proceso preventivo continúe después de las sesiones.

Las sesiones tienen una duración aproximada de noventa minutos, con un periodo de descanso en medio en el que se puede ofrecer a los asistentes un ligero refrigerio. Se pueden realizar con una frecuencia de una o dos sesiones a la semana, dependiendo de la disponibilidad de personal.

Los grupos para jóvenes pueden estar formados por entre seis y doce participantes y se pueden realizar a partir de los siete años, aunque a los niños pequeños es necesario adaptarles los contenidos y los materiales para abordar los diferentes objetivos que plantea el proceso. Siempre que sea posible, es preferible agrupar a los jóvenes por edades, se sienten más identificados con los demás y más libres para comentar sus dudas y problemas. Sin embargo, en ocasiones no es posible, bien porque no se puede esperar tanto tiempo o porque los hermanos de diferentes edades desean acudir al mismo grupo. En este tipo de grupos se puede analizar las relaciones entre hermanos mayores y pequeños y los roles que adoptan en la familia. También se pueden trabajar los comentarios más inocentes de los pequeños bajo la perspectiva de los más mayores. En general se producen relaciones de enseñanza-aprendizaje entre mayores y pequeños que resultan interesantes y pueden ser especialmente útiles para los participantes.

Algunas de las técnicas psicoeducativas más empleadas son: la discusión en grupo, la representación de roles, el modelado, el entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de resistencia a la presión de los demás, así como las tareas para casa.

Los objetivos específicos del programa son:

1. Ofrecer información realista sobre el alcohol (diferenciar los mitos de la realidad). Analizar los factores desfavorables del consumo de alcohol. Reflexionar sobre alternativas saludables para el ocio.
2. Transmitir la concepción del alcoholismo como una enfermedad que puede ser tratada con éxito.
3. Ayudar a entender que el alcoholismo es una enfermedad “familiar” por varias razones:
 - a) Puede afectar a todos los miembros.
 - b) Los familiares son importantes para apoyar el proceso preventivo.
 - c) En las familias se transmiten factores de riesgo para el alcoholismo u otros trastornos relacionados.

4. Explicar que en la etiología del alcoholismo intervienen factores genéticos y ambientales y que las personas con antecedentes familiares tienen mayor riesgo de sufrir ese trastorno, aunque sin dramatizar ni profetizar.
5. Enseñar a detectar signos tempranos de problemas con el alcohol y cómo actuar ante ellos.
6. Entrenar en estrategias de afrontamiento al estrés, el malestar emocional, la timidez, la impulsividad, la tendencia al aburrimiento y a la búsqueda de sensaciones, la presión del grupo y de la publicidad, además de habilidades sociales en general.
7. Promover el apoyo emocional, la identificación y la confianza mutua entre jóvenes con problemas similares en sus familias.
8. Promover cambios en la dinámica familiar (disminuir la culpa y la vergüenza, evitar actitudes codependientes que facilitan el hábito alcohólico, potenciar el diálogo y la comprensión mutua, los lazos afectivos, el establecimiento de normas y límites, la supervisión paterna, entre otros).
9. Ofrecer a los jóvenes esperanza en su propio futuro⁹.

Cuadro 7: Sesiones de consejería sugeridas para jóvenes

Sesión	Contenidos básicos	Material y técnicas sugeridas
1	Opiniones sobre el alcohol y sus efectos	Presentación. Discusión grupal, sugerencia de temas y buzón de dudas anónimas
2	Información objetiva los efectos del alcohol (los mitos y la realidad).	Transparencias con conceptos básicos. Charlas sobre los efectos del alcohol y la conducción de vehículos. Participación de "expertos"
3	El alcoholismo una enfermedad con tratamiento	La progresión del uso al abuso y la dependencia. Transparencias y ejemplos. Vídeo sobre la experiencia de alcohólicos rehabilitados
4	¿Por qué empiezan a beber algunos jóvenes? Presión del grupo de amigos y la publicidad Malestar emocional. Facilitación de las relaciones sociales	Explicación de los factores de riesgo.
5		Análisis de los mensajes de la publicidad. Técnicas para combatir el estrés (técnicas de relajación, ver anexo). Habilidades sociales. Representación de roles.
6		
7	El alcoholismo, una enfermedad familiar: repercusiones en la convivencia, roles típicos y "heredabilidad" del trastorno.	Se puede proyectar película o video referente al tema. Discusión grupal y juego de drama. Comentarios acerca de un artículo sensacionalista del tema. Estrategias de afrontamiento de problemas en la casa.
8	Los síntomas iniciales de problemas con el alcohol y otras drogas en los jóvenes.	Charlas sobre los "límites" del consumo y la progresión del uso al abuso y la dependencia. Discusión grupal sobre "¿Cómo se puede ayudar a un amigo con problemas de alcohol"
9	Despedida	Dudas y comentarios finales. Evaluación final de las sesiones. Convivió con jóvenes y familiares responsables.

Fuente: Programa Alfíl, 2004

9 SOCIDROGALCOHOL. Programa Alfíl "Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol". España. 2004. [file:///C:/Users/HP/Downloads/Programa%20Alfil,%20Guia%20de%20actuacion%20preventiva%20alcohol%20para%20ninos%20y%20jovenes,%202004%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Programa%20Alfil,%20Guia%20de%20actuacion%20preventiva%20alcohol%20para%20ninos%20y%20jovenes,%202004%20(1).pdf)

Familias

Aspectos clave para motivar a las familias con problemas de alcohol:

Las familias de jóvenes y las familias con problemas de alcohol, al igual que otras familias de riesgo, muestran numerosas resistencias a participar en los programas preventivos. Además, en algunos tipos de programas para niños se exige el consentimiento paterno para poder participar. Por otro lado, aunque los padres deseen que sus hijos participen en programas educativos, a menudo son los niños o los jóvenes los que se resisten a participar. Otro de los problemas básicos en los programas preventivos para población de alto riesgo es que las familias que están en peor situación debido a la existencia de problemas importantes, suelen ser las más reacias a participar y en el caso de aceptar, no suelen adaptarse bien a los programas estructurados. A menudo acuden a las sesiones irregularmente, piden atención personal cuando no han solicitado hora de visita o no hacen las tareas para casa.

Para motivar a estas familias a acudir con regularidad a las sesiones y a cumplir las normas de este tipo de programas es necesario esforzarse un poco más de lo habitual, haciendo uso de todos los recursos disponibles. La motivación de los padres y de los hijos constituye una pieza clave en la atención preventiva a los jóvenes de riesgo y a sus familias.

A continuación se describen algunas de las estrategias que pueden resultar útiles:

1. Explicar con claridad a los padres en qué consiste el plan de intervención, sus objetivos y el contenido de las sesiones educativas, ofreciéndoles la oportunidad de expresar sus preocupaciones sobre el material, la metodología, los participantes, los problemas para participar, entre otros. y poder abordarlos conjuntamente.
2. Destacar el papel protector de la familia y explicarles que el propósito fundamental de la intervención es ayudar a la familia a prevenir los problemas del consumo del alcohol y que para ello se procura enseñar tanto a los hijos e hijas como a los padres y madres nuevos recursos que pueden utilizar también para prevenir problemas en el futuro.
3. Informar a los padres sobre la confidencialidad de todo lo que los jóvenes digan en las sesiones, tanto si son individuales como en grupo. Los jóvenes pueden hablar de las actividades realizadas de forma general, pero se les pide expresamente que no comenten las cosas personales de sus compañeros fuera del grupo. También se les debe asegurar a los padres que durante las sesiones se respeta la voluntad de los jóvenes, y que nunca se les obliga a hablar o a realizar las actividades propuestas si ellos no lo desean.
4. Demostrar reocupación por sus hijos pero también por ayudarles en su papel como educadores, que confiamos en que son buenos padres y procuran lo mejor para sus hijos. Nunca se les debe criticar ni juzgar por las consecuencias que han sufrido sus hijos, ni usurpar su rol de padres.

5. Insistir suavemente en que participen en el plan de intervención, sin forzar ni culpabilizar. Si se resisten a participar, se les debe ofrecer la posibilidad de contactar con el programa más adelante. A veces es necesario saber esperar el momento oportuno. Se deben dar la opción de escoger, mostrándoles confianza en su capacidad para decidir lo que más conviene a los jóvenes y a la familia. En general se debe mostrar respeto por la decisión que tomada. Sin embargo, en algunas familias muy desintegradas o con graves problemas, a veces es necesario presionarles a participar en algún programa para que acudan regularmente al centro de tratamiento para tener algún tipo de control. En estos casos puede ser útil supeditar la obtención de alguna ayuda económica a la asistencia de sus hijos al programa preventivo.
6. Tener paciencia y flexibilidad para adaptarse a los cambios, las crisis, los avances y retrocesos frecuentes y la discontinuidad típica de estas familias. Se deben reorganizar o reprogramar actividades concretas si no pueden llevarse a cabo tal como se planificaron, aceptar que algunas familias no podrán beneficiarse del programa por el momento porque resulta imposible motivarlas, ofrecer la posibilidad de que asistan a las sesiones sólo los padres, o sólo los hijos, probar primero un par de sesiones para ver si les convence, disponer de horarios alternativos para ajustarse a los horarios laborales y escolares, entre otros.
7. Ayudar a construir una relación de confianza mutua, sinceridad, respeto e igualdad entre los participantes en las actividades de grupo. Potenciar el sentido de pertenencia al grupo, la identificación entre los miembros y crear un ambiente amistoso, informal y divertido.
8. Facilitar en la medida de lo posible, el acceso a las sesiones (hacerlas en lugares accesibles, facilitar medios de transporte, horarios flexibles, “guardería” para los niños más pequeños de la familia, entre otros aspectos).
9. Elogiar el esfuerzo por asistir a las sesiones y mostrarles que se les ha echado de menos si han faltado a alguna sesión.
10. Reforzar los pequeños avances de cada miembro de la familia, así como sus potencialidades, con el fin de aumentar su autoestima.
11. Si los padres y madres simplemente piden “arréglenme al niño o niña”, hacer énfasis en su participación en las sesiones para padres y madres, para ayudar a que el niño o niña mejore su comportamiento.
12. Utilizar incentivos para los jóvenes como meriendas, aperitivos, un obsequio sencillo (libros, bolígrafos, material escolar, entre otros), tiempo libre para utilizar una computadora, atención individual antes o después de las sesiones, una pequeña fiesta de despedida al final de las sesiones, una excursión al campo o a la piscina, para ello es importante el trabajo intersectorial.
13. Utilizar cartas o llamadas telefónicas para recordarles el día y la hora de la siguiente reunión, regalarles calendarios con las fechas de las sesiones señaladas, entre otras acciones.

Consejos (counselling) y otras técnicas de apoyo a la familia

Tras las primeras entrevistas con la familia, habitualmente se les recomienda hacer grupos psicoeducativos o intervenciones terapéuticas más intensas si lo necesitan. Pero en ocasiones es necesario ofrecer algún tipo de terapia de apoyo

durante un tiempo, mientras la familia se decide a hacer uno u otro tipo de intervención, o bien cuando pasan por un momento especialmente difícil o han de tomar decisiones complicadas.

La técnica de los consejos (counselling) se basa en la aplicación de intervenciones de apoyo emocional y comunicación terapéutica que en buena parte proceden de la psicología motivacional. En general, los objetivos de estas técnicas cuando se aplican a los familiares de alcohólicos son:

1. Ofrecer apoyo emocional.
2. Enseñar estrategias de afrontamiento a los problemas cotidianos.
3. Enseñar estrategias para que los familiares puedan motivar al familiar alcohólico a hacer tratamiento.
4. Aprender a buscar sistemas de apoyo externos a la familia: amigos, consejeros, terapeutas, asociaciones de alcohólicos rehabilitados, maestros, miembros de la familia extensa, vecinos, etc.
5. Motivar a realizar intervenciones grupales, familiares o individuales, si es necesario.

Cuadro 8: estrategias útiles para el “counselling” en familias con problemas de alcohol

ESTRATEGIAS QUE AYUDAN	ESTRATEGIAS QUE <u>NO</u> AYUDAN
Mostrar empatía: entenderles, ponerse en su lugar, expresarles que nos importa su malestar	Bombardear con consejos fuera de lugar. Dar muchas explicaciones. Hablar demasiado
Mostrar aceptación y respeto por las opiniones y decisiones del interlocutor	Comportarse como un experto o autoridad en la materia
Escuchar sin prisas, animando a reflexionar con preguntas abiertas (“¿Cómo te sientes?”, “Explícame algo más sobre eso...”), devolviendo lo que uno entiende para confirmarlo	Impedir la expresión de las emociones: “No pasa nada”, “no hay que preocuparse”, “olvidalo”, “no llores”, “no te enfades por eso...”
Atender a las emociones reprimidas, dejarlas fluir	Presionar y confrontar directamente a la persona con sus dificultades y mecanismos de defensa
Suscitar en el interlocutor posibles soluciones a sus problemas: “¿Qué has intentado?”, “¿Por qué no ha funcionado?”, “¿Qué más podrías hacer?”, “¿Qué le dirías a alguien en tu situación?”, “¿Cómo crees que te puedo ayudar?”	Sermonear, reñir, mostrarse paternalista
Poner límites en la relación terapéutica	Intentar convencer, insistir, argumentar, discutir
	Tratar de salvar o rescatar a la persona evitando que sufra las consecuencias de sus acciones
	Enfadarse, tomar lo que dice el interlocutor como un asunto personal

Fuente: Programa Alfíl, 2004

Consejería individual:

El rol del consejero en drogo dependencias

Conocimientos:

- a. Consejería
- b. Estrategias y modelos basados en investigación para la prevención.
- c. La relación entre el tratamiento y la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Objetivo:

Establecer con el joven una relación de ayuda que se caracterice por la cordialidad, respeto, sinceridad, solidez y empatía.

Conocimiento:

- Teorías, investigaciones y literatura basada en la evidencia.
- Acercamientos a la consejería centrada en la persona y que hayan demostrado efectividad con los trastornos por uso de sustancias.
- Definiciones de cordialidad, respeto, sinceridad, solidez y empatía.
- El rol del consejero.
- Transferencia y contra-transferencia.

Destrezas:

- Escuchar activamente, incluyendo parafrasear, reflexionar y resumir.
- Transmitir cordialidad, respeto y sinceridad de una forma adecuada culturalmente.
- Validación.
- Demostrar entendimiento empático.
- Usar el poder y la autoridad adecuadamente como apoyo a las metas del tratamiento.

Actitudes:

- Respeto hacia la persona.
- Reconocimiento de la importancia de la cooperación y colaboración con la persona.
- Objetividad profesional.

6- Adolescentes y adultos jóvenes en situación de disfunción familiar

La consejería se debe entender como el proceso de diálogo e interacción entre el consejero y el adolescente o joven, orientado a facilitar la comprensión y solución de problemas psico emocionales generados por la disfunción familiar.

El personal de salud para el desarrollo de la consejería debe establecer los siguientes objetivos:

- Desarrollar y fortalecer habilidades para comprenderse mejor, valorar, cuidar la salud y buscar mejorar o modificar el comportamiento familiar.
- Ayudar al adolescente y adulto joven a reconocer sus necesidades y sentimientos como elementos valiosos para su desarrollo personal en beneficio de la salud mental, su embarazo y su futuro hijo.
- Favorecer la toma de decisiones informada y adecuada, evaluando los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas, confrontándolos con sus intereses, necesidades y proyecto de vida.
- Favorecer la confianza en sí mismo y en su capacidad de auto-control para la superación de sus dificultades.

Encuadre de la consejería:

Se deben mantener constante las variables siguientes:

- Rol del orientador y rol de la adolescente en la sesión.
- Tiempo promedio de la consejería: no menor de veinte minutos ni mayor de cuarenta y cinco minutos y en los horarios de atención
- Espacio: ambiente destinado para la consejería.

Pasos del proceso de consejería

1. Establecer una relación de confianza
2. Identificar el verdadero motivo de la consulta (expresión de necesidades y preocupaciones).
3. Analizar la situación, complementar la información y acompañar en la toma de decisiones.
4. Verificar la comprensión de lo tratado.
5. Mantener contacto y seguimiento.

Temas a desarrollar:

- a) Deberes en derecho y salud.
- b) Estilos de vida saludables: actividad física, alimentación e higiene, prevención de accidentes y lesiones.
- c) Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- d) Viviendo en familia, roles en el hogar, valores, auto-cuidado y resolución de conflictos (familias fuertes).
- e) Viviendo en comunidad. roles en la comunidad, salud de la comunidad (familias fuertes).
- f) Participación en la comunidad (familias fuertes).
- g) Salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, prevención del embarazo no deseado, control prenatal, parto y puerperio, ITS, VIH.
- h) Salud psicosocial: prevención de violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia social, pandillaje, entre otras.

7. Adolescentes embarazadas con conductas sexuales de riesgo

La consejería se debe entender como el proceso de diálogo e interacción entre el consejero y la adolescente embarazada con conductas sexuales de riesgo orientada a facilitar la comprensión y solución de los problemas generados por dicha conducta.

El personal de salud para el desarrollo de la consejería debe establecer los siguientes objetivos:

- Desarrollar y fortalecer habilidades para la comprensión de la conducta sexual de riesgos.
- Ayudar al adolescente a reconocer sus necesidades y sentimientos como elementos valiosos para su desarrollo personal en beneficio de la salud

mental, su embarazo y su futuro hijo.

- Favorecer la toma de decisiones informada y adecuada, evaluando los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas, confrontándolos con sus intereses, necesidades y proyecto de vida.
- Favorecer la confianza en sí misma y en su capacidad de auto-control para la superación de sus dificultades.

Encuadre de la consejería:

Se deben mantener constante las variables siguientes:

- Rol del orientador y rol de la adolescente embarazada en la sesión.
- Tiempo promedio de la consejería: no menor de veinte minutos ni mayor de cuarenta y cinco minutos y en los horarios de atención
- Espacio: ambiente destinado para la consejería.

Pasos del proceso de consejería

1. Establecer una relación de confianza.
2. Identificar el verdadero motivo de la consulta (expresión de necesidades y preocupaciones).
3. Analizar la situación, complementar la información y acompañar en la toma de decisiones.
4. Verificar la comprensión de lo tratado.
5. Mantener contacto y seguimiento.

Temas a desarrollar:

- a) Infecciones de transmisión sexual.
- b) Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, *Tricomonas*, *Clamidias*, VIH, virus de la hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas.
- c) Prácticas sexuales y protección.
- d) Alcoholismo y sexualidad.
- e) Promoción de la consulta temprana.
- f) Promoción del auto cuidado/cuido mutuo de salud, haciendo énfasis en las medidas preventivas para reducción de riesgos.
- g) Importancia de hablar sobre el tema con su pareja actual o futura pareja.
- h) Prevención de la violencia sexual.

El personal de salud debe articular los planes de consejería y de atención en el primer nivel de salud de las conductas sexuales de riesgo con los planes de prevención de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH y la sífilis, a fin de no duplicar los esfuerzos ya realizados. No obstante esta intervención debe ir orientada a disminuir el riesgo mediante la consejería y mejorar la respuesta de atención integral en salud ante los casos que han sido detectados y diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual a fin de favorecer una mejor adaptación del usuario ante su nueva realidad.

Seguimiento

El personal de salud debe realizar el control del cumplimiento de las acciones comprometido que ha hecho la adolescente embarazada en consejerías previas. Además debe verificar la situación del estado de salud de la adolescente embarazada en relación a sus propias decisiones tomadas en las consejerías.

8- Violencia

El personal de salud debe establecer los siguientes objetivos para el desarrollo de las intervenciones de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia que asiste a los centros de salud:

- Brindar primera ayuda psicológica a la adolescente, jóvenes y embarazada víctima de violencia.
- Proporcionar consejería en recursos legales, afrontamiento de estrés agudo y plan de seguridad personal.
- Orientar a familiares y responsables para fortalecer o restablecer su red de apoyo psicosocial.

Posteriormente el personal de salud debe realizar el siguiente encuadre:

- En la primera sesión (inscripción prenatal) se debe investigar y explorar si hay sospecha que la usuaria sufre de cualquier forma de violencia.
- Si se identifica que la usuaria es víctima de violencia brindar consejería en un tiempo no menor de veinte minutos ni mayor de cuarenta minutos.
- Informar a la usuaria de los objetivos de la intervención, sus contenidos y los resultados esperados.
- Facilitar los cuidados compartidos en caso de ser necesario con dispositivos especializados.

Aspectos a desarrollar durante la consejería:

- Primera ayuda psicológica: Contacto psicológico (empatía, escucha activa y apoyo emocional).
- Orientar sobre recursos legales disponibles.
- Abordaje de secuelas o consecuencias psicológicas y sociales de la violencia.
- Orientar sobre la necesidad de crear un plan de seguridad personal.
- Apoyo para reactivar o fortalecer la red de apoyo psicosocial.
- Cuidados compartidos con dispositivos especializados y otros actores gubernamentales (legales, jurídicos y académicos).

Seguimiento:

En los controles prenatales subsecuentes se debe dar seguimiento a la mejora del estado psicosocial de la adolescente, joven o embarazada víctima de violencia,

valorando el cumplimiento del plan terapéutico y a partir de ello, se debe evaluar la referencia a personal de salud especializado según sea necesario.

9- Aborto, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, malformaciones y mortinato

Para el desarrollo de las intervenciones en las pacientes que han sufrido un aborto, el personal de salud se debe plantear los siguientes objetivos:

- a) Brindar orientación oportuna referente al estado de salud del producto (feto) y explicar los posibles escenarios clínicos a presentarse.
- b) Dar apoyo psicosocial y emocional en caso sea diagnosticado restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones u otro tipo de complicaciones.
- c) Facilitar el desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones estresantes.

Posteriormente se debe establecer el siguiente encuadre:

- Al tener evidencias de problemas relacionados con el feto informar a la usuaria del objeto de la intervención, su contenido y resultados esperados.
- Realizar sesiones de consejería de no menos de veinte minutos y un máximo de cuarenta y cinco minutos.
- Referir a personal de salud especializado según sea necesario.

Acciones:

- Establecer el plan individualizado de atención.
- Fomento de habilidades que faciliten el afrontamiento adecuado de la situación.
- Aconsejar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y asistencia a controles prenatales.
- Información e involucramiento de la familia.
- Educar en estrategias de convivencia familiar en corresponsabilidad.
- Entrenar en técnicas de relajación.
- En caso de conducta suicida, depresión, ansiedad o psicosis se debe referir a personal de salud especializado además de brindar apoyo y orientación a familia.

Seguimiento:

En cada sesión de control prenatal se debe evaluar el estado emocional y de bienestar de la usuaria así como la evolución del proceso terapéutico en función de sus objetivos. Además se debe continuar evaluando el estado emocional durante el periodo posparto y puerperio en coordinación con el personal de salud especializado.

X. Glosario

Alianza terapéutica: en términos generales, el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía. Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico

Consejerías: se define como una profesión de ayuda cuyos principales objetivos son propiciar el bienestar de otros, generar cambios de conducta, desarrollar destrezas de comunicación y promover la toma responsable de decisiones. Es además un proceso dinámico que envuelve estrategias y teorías de consejería que sirven como herramientas para ayudar a las personas y comprender sus conductas.

Contrato terapéutico: es un acuerdo, consentido entre el profesional y el usuario, cuya misión es propiciar el cambio de conducta del usuario, directa o medialmente. En tanto que es acuerdo, ha de estar expreso (verbal o escrito) y referido a los objetivos, etapas y condiciones del tratamiento.

Encuadre: en el proceso de diagnóstico psicológico, utilizar un encuadre significa mantener constantes ciertas variables que intervienen en dicho proceso, a saber: a) aclaración de los roles respectivos (naturaleza y límites de la función que cada parte integrante, usuario y profesional, desempeña en el contrato); b) lugares donde se realizarán las entrevistas; c) horario y duración del proceso (en términos aproximados, tratando de no plantear una duración ni muy corta ni muy prolongada)

Empatía: es la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir. También es descrita como un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.

Salud mental: se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Suicidio :es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte. Por lo general es consecuencia de desesperación, derivada o atribuible a una enfermedad física, enfermedad mental , como la depresión , el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o el abuso de sustancias.

Técnicas de Resolución de Problemas: las técnicas de solución de problemas son un grupo de técnicas cognitivo-conductuales que pretenden facilitar una conducta eficaz. Como toda técnica de modificación de conducta, trata de producir consecuencias positivas y refuerzo positivo, así como evitar las consecuencias negativas. La técnica parte del hecho de que las personas somos capaces de solucionar problemas y que hay diferencias individuales en esta habilidad. Como

consecuencia aquellas personas con cierto déficit en la capacidad para solucionar problemas adecuadamente suelen tener una competencia social algo más deficiente que los que son capaces de resolver problemas eficazmente.

XI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal del MINSAL, dar cumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes Lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

XII. VIGENCIA

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador, 7 días del mes de agosto de dos mil dieciocho.



Dra. Elvía Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

EA

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. OMS. “Tercer Informe, Prevención del Suicidio, un imperativo global”. Ginebra, Suiza. 2014
2. Ministerio de Salud de El Salvador, Sistema de Información de Morbi-Mortalidad en la Web (SIMMOW), www.salud.gob.sv
3. COMISCA. Plataforma Regional de Integración de Datos del Observatorio Centroamericano de la Conducta suicida, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica.
4. MINSAL. Informe de labores 2014. San Salvador, El Salvador. 2015. https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/MINSAL_Informe_de_Labores_2014_2015_v2.pdf
5. OPS-MINSAL. “Manual de capacitación en equidad de género”. Págs. 13 – 14.
6. Toro, Ricardo José, Fundamentos de medicina y Psiquiatría. 5° Edición.
7. Kaplan & Sadock. “Manual de bolsillo de psiquiatría clínica” 4° Edición. 2008 Wolters Kluwer Health España, S. A., Lippincott Williams & Wilkins.
8. OMS, Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza. 2010.
9. **SOCIDROGALCOHOL**. Programa Alfíl “Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol”. España. 2004.

XIV. ANEXOS



Anexo 1

Escala de Desesperanza de Beck



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. <i>Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo</i>		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. <i>No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años</i>		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. <i>Mi futuro me parece oscuro</i>		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. <i>No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro</i>		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. <i>Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable</i>		
12. <i>No espero conseguir lo que realmente deseo</i>		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. <i>Las cosas no marchan como yo quisiera</i>		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. <i>Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa</i>		
17. <i>Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro</i>		
18. <i>El futuro me parece vago e incierto</i>		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. <i>No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré</i>		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J.



ANEXO 2.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

SITUACIÓN	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1- Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2- En mi casa predomina la armonía					
3- En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8- Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11- Podemos conversar diversos temas sin temor					
12- Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14- Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
Puntaje total					

Diagnostico del funcionamiento familiar

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Fuente: Louro Bernal Isabel. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. MFS Matriz de Salud Familiar

ANEXO 3. Cuestionario de Ilustrado de Síntomas. Self Report Questionaire (SRQ)

Cuestionario ilustrado de síntomas



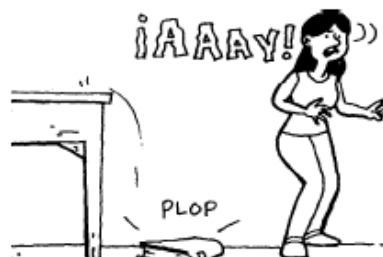
1. ¿Padece usted frecuentemente de dolor de cabeza?



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 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 interés en las cosas habituales?



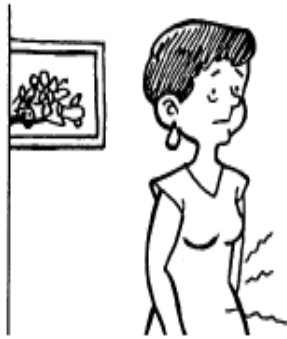
16. ¿Siente usted que es una persona inútil?



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?



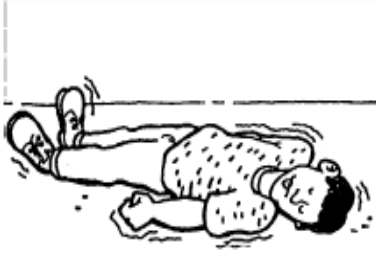
22. ¿Es usted mucho más importante que lo que piensan los/as demás?



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



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



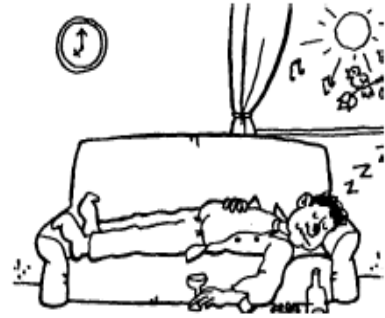
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos, piernas, con mordeduras de la lengua y pérdida del conocimiento?



26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos/as, 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, con 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?

CUESTIONARIO ILUSTRADO DE SÍNTOMAS

Nombre:

Fecha:

mes día año

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

	SÍ	NO
1. ¿Padece usted frecuentemente de dolores 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 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 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? () ()
24. ¿Oye voces sin saber de dónde 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, 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 borracho/a? () ()
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? () ()

Fuente: "Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria". Segunda edición Carlos E. Climent, M.D., M.S. María Victoria de Arango, M.D., MPH Departamento de Psiquiatría Universidad del Valle Cali, Colombia

Puntuación e interpretación del SRQ

Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto, así, si el usuario tiene de cinco (5) a siete (7) puntos, de las preguntas 1 a la 20, se considera que el usuario puede estar presentando angustia psicológica significativa. La respuesta positiva a las preguntas 26 a la 30 indica la presencia de consumo problemático de alcohol. Sólo una respuesta positiva de las preguntas 21 a la 25 (síntomas psicóticos), indica la presencia de síntomas serios o necesidad de remisión inmediata.



Anexo 4: Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una escogiendo el número apropiado. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

1. Completamente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Más bien en desacuerdo
4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5. Más bien de acuerdo
6. De acuerdo
7. Completamente de acuerdo

	Desacuerdo							Acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1	En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.													
2	Las condiciones de mi vida son excelentes.													
3	Estoy satisfecho con mi vida.													
4	Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.													
5	Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.													

La cumplimentación de este cuestionario interactivo no reemplaza en ningún caso una evaluación formal a cargo de un profesional de la salud. Para calcular el resultado obtenido con sus respuestas presione sobre el botón «Evaluar».

¿Cómo interpretar el resultado?

El cuestionario consta de 5 preguntas, proporcionando cada pregunta una puntuación entre 1 y 7. La puntuación máxima posible es por tanto 35. Los puntos de corte sugeridos por Ed Diener en el documento [Understanding the SWLS scores](#) para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

Puntos de corte

30-35	Puntuación muy alta; altamente satisfechas. Las personas que obtienen una puntuación en este rango aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien.
25-29	Puntuación alta. Las personas que obtienen una puntuación en este rango aman sus vidas y sienten que las cosas les van muy bien. Pese a ello, tienen identificadas áreas de insatisfacción.
20-24	Puntuación media. La puntuación media obtenida en los países desarrollados se sitúa en esta zona. Las personas que obtienen una puntuación en este rango consideran que hay áreas de su vida que necesitan mejorar.
15-19	Ligeramente por debajo de la media. Las personas que obtienen una puntuación en este rango suelen tener problemas pequeños pero significantes en varias áreas de sus vidas.
10-14	Insatisfechas. Las personas que obtienen una puntuación en este rango están significativamente insatisfechas con sus vidas.
5-9	Extremadamente insatisfechas. Las personas que obtienen una puntuación en este rango suelen sentirse extremadamente infelices con su vida actual.

Fuente:

Diener, E.; Emmons, R. A.; Larsen, R. J.; Griffin, S.: [The Satisfaction With Life Scale](#). *Journal of Personality Assessment* 1985; 49(1):71–75



Anexo 5. Plan Individualizado de Atención del Riesgo Psicosocial en adolescentes, jóvenes y mujeres embarazadas.

FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL	ACCION	FECHA DE SEGUIMIENTO											
Adolescentes	- Inscripción en el programa de adolescentes												
	- Incorporación a Club de adolescentes												
	- Fortalecimiento de las habilidades para la vida.												
Trastorno de salud mental actual o previo*	- Consejería para trastornos de ansiedad												
	- Consejería para Depresión												
	- Consejería para psicosis												
	- Guía para el manejo del suicidio												
	- Psicoeducación												
Violencia en todas sus formas	- Abordaje según lineamientos de cada una de las formas de violencia.												
Consumo de alcohol y drogas*	- Consejerías para Alcohol y Drogas												
	- Incorporación a grupos de autoayuda												
	- Incorporación a tratamiento de Deshabitación												
Conductas sexuales de riesgo	- Consejería												
Bajo rendimiento, fracaso y Abandono escolar*	- Referencia para evaluación psicométrica												
	- Fortalecimiento de habilidades para la vida												
	- Incorporación a Club de adolescentes.												
Disfunción estructural y de la dinámica familiar.	- Familias fuertes												
	- Psicoeducación												
	- Consejerías en teas específicos												
Antecedentes de abortos, malformaciones congénitas, mortinatos y bajo peso al nacer.	- Aplicación de la guía para el abordaje psicoeducativo y emocional según condición de riesgo identificada.												

*En el caso que se identifiquen factores de riesgo realizar abordaje familiar.

Fuente: Equipo técnico para la elaboración de los Lineamientos para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes embarazadas. MINSAL 2015.