Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

Manual de Procedimientos de los Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental en la Red de Servicios de Salud de la CCSS

Código MP.GM.DDSS-170915

Avalado Mediante Oficio GM-MDD-8467-16

Octubre 2015

EQUIPO ELABORADOR: *(ORDEN ALFABÉTICO)*	*Dr. Alfonso Villalobos Pérez. Psicólogo. Coordinación Nacional de Psicología. ARSDT. DDSS* *Dra. Carmen Loaiza Madriz. Enfermera. Coordinación Nacional de Enfermería. ARSDT.DDSS* *Dra. Erika Solano Delgado. Psicóloga Clínica. AAIP. DDSS* *Dra. Guiselle Brenes Pacheco. Médico Psiquiatra. Programa Regulación a la Atención de la Violencia. AAIP. DDSS* *Dr. Harold Segura Quesada. Médico Psiquiatra. Programa Regulación a la Atención de las Adicciones. AAIP. DDSS* *MSc. Ingrid Quesada Mata. Trabajadora Social. Coordinación Nacional de Trabajo Social. ARSDT. DDSS* *Dra. Jacqueline Monge Medina. Enfermera. Coordinación Nacional de Enfermería. ARSDT.DDSS* *Dra. Karla Patiño Martínez. Enfermera especialista de Salud Mental. Coordinación Nacional de Enfermería. ARSDT.DDSS* *Licda. Katherine Barquero Castro. Trabajadora Social. Programa de Equidad de Género* *Dra. Marta Vindas González. Psicóloga Clínica. Coordinación Nacional de Psicología. ARSDT. DDSS* *Dr. Shang Wu Hsieh. Médico. AAIP. DDSS* *Dra Tatiana Mata Chacón. Médico. Programa Regulación a la Atención de las Adicciones. AAIP. DDSS* *Dra. Virginia Rosabal Camarillo. Médico Psiquiatra. Programa Regulación a la Atención de la Salud Mental. AAIP.DDSS*	
EDICIÓN DEL DOCUMENTO:	*Dra. Erika Solano Delgado. Psicóloga Clínica. AAIP. DDSS*	
COORDINACIÓN:	*Dr. Hugo Chacón Ramírez, Médico*	*Jefatura, Área de Atención Integral a las Personas*
COLABORADORES: *(ORDEN ALFABÉTICO)*	*Julio César Cascante Araya. Administrador. AAIP. DDSS* *Sandra Montero Chavarría. Médico Psiquiatra. Programa Regulación a la atención de la Salud Mental. AAIP.DDSS*	
REVISADO POR:	*Dr. Raúl Sánchez Alfaro*	*Director, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud*
APROBADO POR:	*Dra. María Eugenia Villalta Bonilla*	*Gerente Médica*
FECHA DE EMISIÓN:	*Setiembre 2015*	
PRÓXIMA REVISIÓN:	*2018*	
OBSERVACIONES:	La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo: **AAIP:** Área de Atención Integral a las Personas **ARSDT:** Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento **DDSS:** Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	

Tabla de Contenidos

Presentación **5**
1. Introducción **6**
2. Justificación **10**
3. Referencias Normativas **15**
4. Alcance y campo de aplicación **23**
5. Objetivo General del Documento **23**
6. Metodología de construcción del documento **23**
7. Responsables **24**
8. Marco conceptual de la atención **25**
8.1 Perspectiva de Género 25
8.2 Enfoque de Derechos Humanos 27
8.3 Atención Centrada en las Personas 29
8.4 Interculturalidad 30
8.5 Salud Mental 31
8.6 Consumo de sustancias psicoactivas 32
8.7 Violencia 37
9. Caracterización de los EI-SAM **42**
9.1 Características de la atención 43
9.2 Objetivo de la atención 44
9.3 Recursos requeridos 44
9.3.1 Recurso Humano 44
9.3.1.1 Competencias 45
9.3.2 Infraestructura Básica 45
9.3.3 Equipamiento Básico 47
10. Oferta de servicios de los EI-SAM **49**
10.1 Tipo de Atención 49
10.2 Valoración Inicial 50
10.3 Otras funciones claves 54
10.4 Oferta de servicios según tipo profesional de salud 54
10.4.1 Enfermería especializada en Salud Mental y Psiquiatría 54
10.4.2 Medicina General 59
10.4.3 Psicología 62
10.4.4 Trabajo Social 65
11. Proceso de Atención **68**
11.1 Fase I Referencia 68
11.2 Fase II Valoración Inicial 69
11.3 Fase III Consulta por primera vez y Sesión Clínica 69
11.4 Fase VI Plan de Tratamiento 69
11.5 Fase V Alta 70
12. Funcionamiento interno **72**
12.1 Gestión de casos ..... **¡Error! Marcador no definido.**~~...72~~
12.2 Sesiones Clínicas 72
12.3 Gestión de casos 73
12.4 Distribución de tiempos 75
13. Funcionamiento en la Red de Servicios de Salud **75**
13.1 Flujo de la atención a las personas usuarias en la Red 77
13.2 Criterios de referencia a los EI-SAM 80
13.2.1 Salud Mental 80
13.2.2 Trastorno por Uso de Sustancias 81
13.2.3 Violencia 81

13.3 Criterios de Alta 81
13.4 Criterios de Reingreso 82
13.5 Sistema de Referencia y Contrarreferencia 82
14. Contactos para consultas 82
15. Abreviaturas 84
16. Glosario 85
ANEXOS 92
16.1 ANEXO N º 1: Guía para la atención inicial de las personas usuarias 93
16.2 ANEXO N º 2: Instrumento ASSIST v3.1 96
16.3 ANEXO N º 3: Insumos requeridos por el EI-SAM 101

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Unidades y su responsabilidad 24
Cuadro 2. Elementos que caracterizan la Consulta Externa 50
Cuadro 3. Priorización del riesgo de las personas atendidas en Valoración Inicial de los EI-SMAV 52
Cuadro 4. Oferta de servicios del/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría del EI-SAM 58
Cuadro 5. Oferta de servicios del/la profesional de Medicina del EI-SAM 61
Cuadro 6. Oferta de servicios del/la profesional de Psicología del EI-SAM 65
Cuadro 7. Oferta de servicios del/la profesional de Trabajo Social del EI-SAM 67
Cuadro 8. Distribución de tiempos de los/las profesionales en salud los EI-SAM 75
Cuadro 9. Listado de criterios de referencia de los Trastornos Mental y del Comportamiento al EI-SAM según CIE-10 80
Cuadro 10. Listado de criterios de referencia de Trastornos por Uso de Sustancias al EI-SAM según CIE-10 81

Índice de Figuras

Figura 1. Infraestructura básica requerida por los EI-SAM según perfil del personal de salud 46
Figura 2. Equipamiento básico requerido por los EI-SAM según perfil del personal de salud 47
Figura 3. Diagrama de flujo proceso de atención en los EI-SAM 71
Figura 4. Diagrama Flujo del Funcionamiento en la Red de Servicios de Salud de los EI-SAM 76
Figura 5. Diagrama del flujo de la atención de las personas usuarias de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS 79

Índice de Recuadros

Recuadro 1. Legislación nacional e internacional existente en relación a la atención de la salud mental 15
Recuadro 2. Legislación y normativa institucional existente en relación a la atención en salud a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas 16
Recuadro 3. Legislación y normativa institucional existente en relación a la atención en salud a las personas en situaciones de violencia 17
Recuadro 4. Legislación existente en relación con los/las profesionales en Enfermería en Salud mental y Psiquiatría 21
Recuadro 5. Legislación existente en relación con los/las profesionales en Medicina General 22
Recuadro 6. Legislación y normativa institucional existente en relación con los/las profesionales en Psicología 22
Recuadro 7. Legislación y normativa institucional existente en relación con los/as profesionales en Trabajo Social 23
Recuadro 8. Características fundamentales del Enfoque de Derechos Humanos 28
Recuadro 9. Contribución del Enfoque de la Atención Centrado en las Personas 29
Recuadro 10. Implicaciones del Enfoque de la Atención Centrado en las Personas. 30
Recuadro 11. Enfoques relacionados con el abordaje a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas 32
Recuadro 12. Sustancias identificadas por el instrumento ASSIST 34
Recuadro 13. Pasos para realizar la Intervención Breve vinculada a ASSIST 35
Recuadro 14. Definición de los Estadios de Cambio 36
Recuadro 15. Listado de Instrumentos de medición psicológicos requeridos por parte de los/las profesionales en Psicología de los EI-SAM 48
Recuadro 16. Terapias psicológicas recomendadas 63
Recuadro 17. Beneficios de la Gestión de Casos. 74

Presentación

El presente Manual de Procedimientos responde a la necesidad de atención en salud de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, trastornos por uso de sustancias psicoactivas y violencia en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, así como, la importante carga de enfermedad que representan dichos trastornos en nuestro país y como estos afectan de modo negativo la calidad de vida de las personas y en razón de su magnitud, trascendencia y elevado costo social y económico, considerándoseles entre los más graves problemas de salud pública actuales en nuestra sociedad, según estadísticas nacionales e internacionales.

En respuesta a todo lo anterior, en el 2014 el país presenta el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”, éste se convierte en el documento que determina los pilares estratégicos, prioridades, objetivos, programas y proyectos indispensables para el actual Gobierno y establece diversas metas relacionadas a la atención de la salud mental, personas consumidoras de sustancias psicoactivas y víctimas de violencia, definiendo como una meta la creación de equipos interdisciplinarios para la atención ambulatoria de esta población, cuya función primordial es dar respuesta a dichas necesidades en salud, desde una perspectiva integral.

Para el cumplimiento de dicha meta, el presente documento busca orientar el funcionamiento y estandarizar el accionar de estos equipos interdisciplinarios de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia o Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental (EI-SAM) en la Red de Servicios de Salud de la CCSS.

Los Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental buscan brindar una atención en salud de mediana complejidad, desde un enfoque interdisciplinario, incorporando los tratamientos farmacológicos como la atención psicosocial, entre otros.

Los EI-SAM procuran asegurar a las personas usuarias una atención continua y oportuna para resolver sus necesidades y problemas de salud mental específicos, limitando la demanda de servicios especializados del Segundo y Tercer Nivel de Atención. Además, los Equipos buscan incrementar la capacidad resolutiva del Segundo Nivel de Atención en relación a la atención de la salud mental de las personas usuarias, dentro de su ámbito de competencia, y reorientar el seguimiento y atención en salud especializada cuando corresponda.

Este Manual permitirá que los EI-SAM cuenten con un documento regulador que defina su estructura de funcionamiento y que direccione su accionar en la atención en salud mental de las personas dentro de la Red de Servicios de Salud Institucionales.

Introducción

Los índices de prevalencia de los trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, señalan que estos se han convertido en problemas frecuentes en la atención de salud, constituyéndolas en prioridades de salud pública que precisan de una atención pronta y efectiva de parte del sistema de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que "aproximadamente cuatro de cada cinco personas necesitan atención por trastornos mentales"[1].

En general la OMS define a la salud mental 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"[2], siendo que la salud mental determina en gran parte el desarrollo integral de las personas y su papel dentro de las sociedades, lo que es clave en el desarrollo socio-económico de las Naciones, y convierte a la salud mental en un tema que debe ser abordado desde una perspectiva de salud pública.

A nivel nacional, el concepto de salud mental se define como: "un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente"[3].

La OMS refiere que el 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a trastornos mentales, convirtiéndolos en un elemento clave en la salud de las personas, sumado al impacto que genera el estigma y las violaciones de los derechos humanos que viven las personas quienes los padecen, lo que agrava este problema de salud pública[4].

En el caso de los trastornos ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas, estos constituyen un problema de salud pública, el cual requiere de un abordaje integral de atención[5], debido al impacto en la salud de las personas, y con base en el reconocimiento de la carga de enfermedad que representan los trastornos mentales y por abuso de sustancias.

La OMS calcula que más del 75% de las personas con trastornos mentales (entre ellos cerca de 95 millones de pacientes con depresión) y por abuso de sustancias que viven en los países en desarrollo no reciben ningún tipo de tratamiento o atención en salud[6].

Según el estudio de Carga de Enfermedad en nuestro país, en los Años Vividos con Discapacidad (AVD) destacan los trastornos mentales y del comportamiento (trastorno

[1] OMS. Guía de Intervención mhGAP: para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas en el nivel de atención de la salud no especializado. Ginebra. 2008
[2] Tomado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/, consultado el 18/02/15
[3] Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2012-2021. Costa Rica. 2012
[4] Tomado de: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/, consultado el 18/02/15
[5] Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante". Costa Rica. 2014
[6] Tomado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/, consultado el 24/08/2015

depresivo mayor, desórdenes de ansiedad, desorden bipolar, esquizofrenia y Alzheimer), así como los trastornos por consumo de alcohol y drogas.[7]

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo[8]. En todo el mundo 3,3 millones de personas murieron en 2012 debido al uso nocivo del alcohol, el cual además puede aumentar el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades[9]. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total de alcohol per cápita es un 30% superior al promedio mundial[10]. La región de las Américas tiene el segundo consumo más alto per cápita de alcohol entre las regiones de la OMS, después de Europa. También tiene la segunda tasa más alta de consumo episódico de alcohol, un patrón de consumo asociado con efectos nocivos para la salud[11].

En relación al tabaco, la carga que supone su consumo para la salud es tal, que la Organización Panamericana de la Salud se refiere a ella como una epidemia. Fumar tabaco ha demostrado ser la causa de cánceres y enfermedades del pulmón, e incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Según Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el mundo el consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año, es decir, el 12% de todas las muertes de adultos de más de 30 años de edad son atribuibles al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco, mientras que en las Américas esta cifra se incrementa al 16%. Por lo tanto, los riesgos para la salud no sólo afectan a los fumadores, sino también a las personas que están expuestas al humo de tabaco (fumadores pasivos)[12].

El consumo de tabaco es la causa de muerte más prevenible entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad. El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica, la principal causa mundial de muerte, son atribuibles al consumo de tabaco. Además, más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en 2030[13].

En cuanto al número de consumidores de otras drogas ilícitas a nivel mundial, en 2012 se estimó que el número de usuarios/as de estimulantes de tipo anfetamínico fue de 34,4 millones de consumidores, de 18,7 millones los/as usuarios/as de las sustancias tipo éxtasis, 33 millones los/as usuarios/as de opioides, 16 millones los/as usuarios/as de opiáceos y de 17 millones los/as usuarios/as de cocaína[14].

La Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas del 2010, realizada por el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), determinó que el 6,1% de la población

[7] CCSS. La carga de enfermedad y esperanza de vida saludable: en el marco del sector salud 2015-2018. Costa Rica. 2014
[8] CICAD/OEA. Informe sobre uso de drogas en las Américas. 2015.
[9] OPS. Revisado en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317%3Ainforme-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&catid=332%3Aarg02-prevencin-y-control-de-enfermedades&Itemid=510
[10] CICAD/OEA. Informe sobre uso de drogas en las Américas, 2015.
[11] OPS. Revisado en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317%3Ainforme-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&catid=332%3Aarg02-prevencin-y-control-de-enfermedades&Itemid=510
[12] CICAD/OEA. Informe sobre uso de drogas en las Américas, 2015.
[13] OMS. Revisado en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/
[14] CICAD/OEA. Informe sobre uso de drogas en las Américas, 2015.

de 12 a 70 años, es decir 225.000 personas aproximadamente, calificó como "necesitada de tratamiento" debido al consumo de sustancias psicoactivas[15].

Acera del tema de la violencia, es importante señalar que la convivencia en sociedad, debe estar basada en principios de solidaridad, cooperación y respeto. Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad en un ambiente de relaciones interpersonales armoniosas y libres de violencia. Debe reconocerse que esta no es la realidad que experimentan muchos seres humanos, que viven permanentemente expuestos a amenazas a su seguridad, por la violencia que se presenta en la sociedad, y que día con día cobra particular importancia en el seno de la familia.

El daño a la salud mental de las personas que causan estas agresiones pueden durar toda la vida y su impacto puede repercutir en varias generaciones, con graves consecuencias para la salud, la educación y el empleo, impidiendo que los individuos alcancen su máximo desarrollo, perpetuando el circulo de pobreza y sus consecuencias.

La identificación de la violencia intrafamiliar (VIF), como problema de salud pública es un avance importante, obligando a los gobiernos a plantear estrategias de abordaje interinstitucional e intersectorial, siendo que los servicios de salud tienen la responsabilidad de trabajar interdisciplinariamente en su atención.

La OMS en su Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia del año 2014, indica que cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida de forma violenta; además de las defunciones y lesiones que causa, la violencia tiene consecuencias de enorme alcance y gravedad que pueden durar toda la vida. Eso supone una carga tremenda para las economías nacionales, con un costo para los países de miles de millones de dólares anuales en atención sanitaria, vigilancia del cumplimiento de la ley y pérdidas de productividad[16].

Según la OMS, la violencia interpersonal es decir, la que ocurre entre miembros de una misma familia, en la pareja, entre amigos/as, conocidos/as y desconocidos/as, y que incluye el maltrato infantil, la violencia juvenil, el acoso escolar o bullying, la violencia en la pareja, la violencia sexual y el maltrato de las personas mayores. En general, la violencia interpersonal es un factor de riesgo para la salud a lo largo de toda la vida y para los problemas sociales, siendo ésta predecible y prevenible, y la responsabilidad de abordarla recae sin duda alguna en los gobiernos[17].

Según la OMS, a nivel mundial, las mujeres y los niños/as pagan un tributo particularmente alto en el caso de los actos de violencia no mortales. Uno de cada cuatro niños ha sufrido maltrato físico; una de cada cuatro niñas ha sido víctima de abusos sexuales; y una de cada tres mujeres ha sido víctima de violencia físico o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida[18].

[15] Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante". Costa Rica. 2014
[16] Tomado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/es/, consultado en Agosto 2015
[17] Tomado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/, consultado en Agosto 2015
[18] Tomado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/es/, consultado en Agosto 2015

En términos generales, la OMS ha reconocido la necesidad de tomar medidas para reducir la carga de enfermedad y mejorar la capacidad de los Estados Miembros para responder al reto creciente en relación a la atención en salud de los problemas de salud mental[19], consumo de sustancias psicoactivas y violencia; indicando que los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de dichas problemáticas se ha distribuido desigualmente[20].

En el caso de Costa Rica, en las últimas décadas ha presentado un perfil de salud mental similar a los de países desarrollados, debido a su alta prevalencia de los trastornos mentales[21], consumo de sustancias psicoactivas y violencia.

En nuestro país, se ha experimentado un cambio del perfil de la morbilidad y mortalidad, presentando un incremento porcentual de casi todos los factores de riesgo asociados a las principales causas de carga de la enfermedad, destacando el consumo de alcohol y otras drogas, como riesgos asociados a algunas condiciones que inciden en la carga de enfermedad a nivel nacional[22].

Por otro parte, los trastornos mentales y del comportamiento se relacionan más con el consumo de alcohol, uso de drogas, violencia interpersonal, lesiones y otras causas externas (como accidentes de tránsito), riesgos ocupacionales, entre otros. Siendo el grupo de jóvenes donde cobran mayor relevancia el consumo de alcohol y otras drogas[23].

Todo lo anterior, ha llevado a nuestro país, a tener una visión del abordaje de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia desde una perspectiva de salud pública, reorientando su abordaje hacia un modelo de promoción y atención integral centrado en la persona y la comunidad, con el cual se rompe el paradigma de la atención hospitalaria como forma predominante en la atención de salud a estas problemáticas[24]. La atención en salud brindada a las personas debe ser desde un enfoque interdisciplinario, incorporando los tratamientos farmacológicos como la atención psicosocial, entre otros[25].

En respuesta a este cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental, personas consumidoras de sustancias psicoactivas y violencia, Costa Rica inicia un proceso de acciones a seguir para su abordaje en 2012, con la publicación por parte del Ministerio de Salud de la Política Nacional en Salud Mental 2012-2021, y en el 2014 se presentando el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”[26], este último se convierte en el documento que determina los pilares estratégicos, prioridades, objetivos, programas y proyectos indispensables para el actual Gobierno, estableciendo diversas metas relacionadas a la atención de la salud mental, personas consumidoras de sustancias psicoactivas y víctimas de violencia, incluyendo la meta de la creación de equipos interdisciplinarios para la atención

[19] OMS. MhGAP Programa de Acción para superar las brechas de Salud Mental. Versión Provisional en Español. Ginebra. 2008
[20] Tomado de: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/, consultado el 18/02/15
[21] Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Situación actual de la Salud Mental en Costa Rica. Costa Rica. 2004
[22] CCSS. La carga de enfermedad y esperanza de vida saludable: en el marco del sector salud 2015-2018. Costa Rica. 2014
[23] CCSS. La carga de enfermedad y esperanza de vida saludable: en el marco del sector salud 2015-2018. Costa Rica. 2014
[24] Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2012-2021. Costa Rica. 2012
[25] Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2012-2021. Costa Rica. 2012
[26] Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”. Costa Rica. 2014

ambulatoria de dicha población[27], cuya función primordial es dar respuesta a dichas necesidades en salud, desde una perspectiva integral.

Para el cumplimiento de dicha meta, el presente documento busca orientar el funcionamiento y estandarizar el accionar de estos equipos interdisciplinarios de Atención en Salud Mental (EI-SAM) en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, incorporando los enfoques de la atención centrada en las personas, interculturalidad, perspectiva de género y derechos humanos en la atención de la salud brindada por dichos Equipos.

Justificación

Históricamente, el abordaje de la salud mental en Costa Rica ha estado centrado en la enfermedad-curación desde un enfoque biologista, con la creación de los Equipos interdisciplinarios de Atención en Salud Mental (EI-SAM) se busca alcanzar un abordaje más integral, centrado en las personas y tomando en cuenta los determinantes de la salud involucrados, acercando dicha atención a las comunidades.

La importancia de la creación y puesta en marcha de los EI-SAM recae, como se mencionó anteriormente, en el impacto que los trastornos mentales y del comportamiento, trastorno por uso de sustancias y la violencia producen en la salud, calidad vida y esperanza de vida de las personas que los padecen así como de sus redes sociales de apoyo.

Según el Ministerio de Salud y de acuerdo con estadísticas nacionales, en el 2013 se registraron 41.576 casos nuevos de depresión, donde la mayor tasa corresponde a mujeres. En el total de casos notificados de depresión, los grupos de edad más afectados son los que van los 45 a los 65 y más años (año 2013)[28].

Según el Informe de Otorgamiento de Licencias e Incapacidades del año 2014, los trastornos mentales ocupan el primer lugar en costos por día, con un costo de 15.425 colones, y en el caso de los diagnósticos específicos según el CIE-10, el Episodio Depresivo no especificado ocupa el quinto lugar en el mayor número de días de incapacidad[29].

Durante el año 2014, según estadísticas institucionales, la tasa por Violencia AutoInflingida fue de 3,6 por cada 10 mil habitantes, siendo más frecuentes en mujeres con un 62% de los casos registrados. El grupo de edad más afectado fue el de 10 a 19 años con una tasa de 6,2 por cada 10 mil habitantes, seguido del grupo etario de 20 a 39 años con una tasa de 4,9 por cada 10 mil habitantes[30].

[27] Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”. Costa Rica. 2014
[28] Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Costa Rica. Costa Rica. 2014
[29] CCSS. Informe de Otorgamiento de Licencias de Incapacidad Año 2014. Comisión Central Evaluadora de Incapacidades. Costa Rica. 2015
[30] CCSS. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar y Autoinflingida Cierre año 2014: Componente de Enfermedades no Transmisibles. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Costa Rica. 2014

Además, la Región Central Sur es la región con mayor tasa por Violencia Autoinflingida; entre los cantones que presentan mayor incidencia están los cantones de Cartago, San José, Desamparados y Oreamuno respectivamente[31].

En cuanto a los suicidios, según el Departamento de Estadística del Poder Judicial durante el 2013, la causa de muerte por suicidio significó la cuarta forma de muerte violenta más común en el país. Se registraron entre 300 y 380 muertes siendo la mayoría (80%) protagonizada por hombres. La tasa suicidios para el año 2013 fue de 7,7 por cada cien mil, de 13,1 por cada cien mil hombres y 2,1 por cada cien mil mujeres, siendo el año 2009 el de mayor incidencia con 15,0 por cada cien mil habitantes. Además, el cantón central de San José es el que presenta mayor cantidad y tasa de suicidios en el año 2013 7,7 donde se dieron de baja 21 personas por este concepto[32].

Por otro lado en el caso del consumo de sustancias psicoactivas, el consumo de alcohol está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con el impacto de una enfermedad en el organismo. El consumo nocivo de alcohol es la causa principal de más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos, y es responsable de la muerte de aproximadamente 2,5 millones de personas al año en todo el mundo. Además, dicho consumo está asociado con diversos problemas sociales y guarda una estrecha relación con la violencia, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas[33].

En promedio, en el mundo cada persona mayor de 15 años bebe anualmente cerca de 6,2 litros de alcohol puro. La región de las Américas tiene la porción más baja (18,9%) de abstemios de por vida, o de personas que nunca han consumido alcohol. Globalmente, el 48% de las personas son abstemios de por vida[34].

El consumo de tabaco, como se mencionó anteriormente, es la causa de muerte más prevenible entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad[35], y el costo económico del consumo de tabaco es devastador, además de los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco, el tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana. Además, los consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades[36].

En relación a las drogas ilícitas, el volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los/as usuarios/as de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH, la hepatitis C y la hepatitis B entre los/as usuarios/as que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de

[31] CCSS. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar y Autoinflingida Cierre año 2014: Componente de Enfermedades no Transmisibles. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Costa Rica. 2014
[32] Ministerio de Justicia y Paz. Informe estadístico 11 actualización: muertes violentas en Costa Rica: homicidio, femicidio, suicidio, muertes por accidentes de tránsito. Período 2008-2013. Costa Rica. 2014
[33] CICAD/OEA. Informe sobre uso de drogas en las Américas, 2015.
[34] OPS. Revisado en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317%3Ainforme-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-&catid=332%3Aarg02-prevencin-y-control-de-enfermedades&Itemid=510
[35] Tomado de: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/
[36] Tomado de: http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/

morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas[37].

La marihuana es la droga ilegal de mayor uso en el mundo, según estimaciones de Naciones Unidas en el año 2012, un total de 177 millones de personas entre 15 a 64 años declararon haber usado dicha droga en el año anterior. Por otra parte, dado que 243 millones de personas usaron al menos una droga ilícita en el mismo periodo, es posible estimar que el consumo de marihuana da cuenta de aproximadamente el 73% de los/as usuarios/as de drogas ilícitas[38].

Según datos de la Encuesta de Hogares de 2010, realizada por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la prevalencia de vida del consumo de tabaco en la población entre los 12 y 70 años, fue del 24.8%, es decir, casi la cuarta parte de la población del país. En relación al consumo del último mes, este es del 13% de la población, representando un número cercano al medio millón de personas[39].

En cuanto al consumo de alcohol en el país, según el IAFA la prevalencia de consumo activo es de 20,5%, lo cual supera los valores hallados en otros países de la Región. Según datos de 2010, la incidencia del consumo de alcohol fue de 110 por mil habitantes. Al subdividir la incidencia por sexo, se observa que en hombres la incidencia fue mayor que en las mujeres. En relación a la edad promedio de inicio del consumo de alcohol en el país, ésta fue de 17,4 años, con una edad de comienzo significativamente mayor para las mujeres en comparación con la de los hombres[40].

En relación al consumo de cannabis, los indicadores de consumo activo de cannabis en adolescentes insertos en el sistema educativo, presentaron un incremento del año 2006 al 2009, pasando de un 2,3% de consumidores activos a un 3,6%. También aumentó el porcentaje de población en general con consumo de cannabis en el último mes. En cuanto a la edad de inicio de consumo de cannabis, se ha presentado una constante disminución en los últimos 20 años, la cual se da tanto en hombres como en mujeres, alcanzando un promedio de 16,7 años en el 2010[41].

Aunque los valores de consumo de derivados de la hoja de coca persisten bajos en la población general, se ha percibido una tendencia al aumento desde la década de los noventa. Para el año 2010, la incidencia para el consumo de derivados de la hoja de coca fue de 2,5 por mil habitantes. La edad promedio de inicio del consumo de derivados de la hoja de coca fue de 19,1 años. Se considera que los iniciados en este grupo de drogas lo estarían haciendo después de haber consumido otro tipo de sustancias como el alcohol, tabaco o marihuana, cuyas edades de inicio son más tempranas[42].

En cuanto a la violencia y sus secuelas en la vida de las personas, es otro aspecto fundamental a considerar, debido a su impacto en la salud mental de las personas. La magnitud de la violencia en el país es difícil de cuantificar, debido a que la detección y la denuncia son situaciones poco frecuentes, hay un alto subregistro principalmente porque no hay un registro

[37] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Nueva York, 2012.
[38] CICAD/OEA. Informe sobre uso de drogas en las Américas, 2015.
[39] IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.
[40] IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.
[41] IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.
[42] IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.

sistemático. Además, se cuenta con una unificación de criterios ni de información en las diferentes instituciones públicas que detectan y atienden estas situaciones.

Pese a que la violencia intrafamiliar fue incluida dentro de los eventos de salud de reporte obligatorio desde el año 1999, su cumplimiento no es uniforme, dependiendo de la sensibilidad y capacidad de detección de los/as funcionarios/as. Sin embargo al tener el sistema de salud diferenciada por sexo esta afectación se ha podido evidenciar como, el mayor peso de victimización recae sobre el sexo femenino, especialmente a partir de la adolescencia, acentuándose en la edad reproductiva, a diferencia de los varones donde el valor más alto se ve en edades más avanzadas.

En el año 2007, se aprobó la Ley 8589 en Costa Rica, que penaliza la violencia contra la mujer y en el año 2009 se aprueba la Ley 8720 que establece la protección a víctimas y testigos en los procesos penales[43,44].

En el caso de las personas menores de edad, su condición de dependencia para desarrollarse y crecer, hace que aparezcan tipos de manifestaciones de violencia como el abandono y la negligencia, se muestra a los padres y madres biológicas como los principales victimarios.

Las personas con discapacidad, especialmente aquellas que tienen deficiencias severas, dificultad de aprendizaje y de comunicación se convierte en un grupo con altísimo riesgo de sufrir algún tipo de violencia.

La violencia hacia las personas adultas mayores ocurre por lo general en el ámbito familiar y se hace visible en su mayoría cuando requieren atención médica o se realizan denuncias. La violencia psicológica queda invisibilizada y silenciada dentro de los hogares, cuando al parecer es el tipo de violencia más frecuente en este grupo etario, seguida de abandono y todas las formas combinadas de agresión.

Según datos institucionales del primer semestre del 2015, la tasa de incidencia acumulada nacional (TIA) de eventos clasificados como Violencia Intrafamiliar (VIF) es de 15,5 por cada 10mil habitantes, siendo que existen dos provincias que superan la TIA nacional, la provincia de San José (Tasa de 19,9/10mil habitantes) y la provincia de Puntarenas (Tasa de 18,6/10mil habitantes). En el primer semestre del año 2015, en la provincia de San José, la provincia con mayor TIA, los cantones con mayor incidencia de casos son San José (Tasa de incidencia acumulada de 2,9 por cada 1000 habitantes), Desamparados (Tasa de incidencia de 2,6 por cada 1000 habitantes), Puriscal y Goicoechea (ambas con tasas de Incidencia de 2,3 por cada 1000 habitantes)[45].

En relación a la distribución según sexo y grupo de edad, la tasa de VIF en mujeres en el primer semestre del 2015 fue de 20,2 mujeres por cada 10 mil mujeres; estando los grupo de edad de adolescentes (10 a 19 años) y las adultos (20 a 34 años) los grupos más afectados con tasas de 6,1 por cada 10mil y de 4,9 por cada 10mil[46].

[43] Gobierno de Costa Rica Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres. Costa Rica. 2007
[44] Gobierno de Costa Rica. Ley de Protección de las Víctimas y demás sujetos intervinientes en el Proceso Penal, Reformas y adición al Código Procesal Penal y al Código Penal. Costa Rica. 2009
[45] CCSS. Boletín epidemiológico Subárea de Vigilancia Epidemiológica I Semestre 2015. Costa Rica. 2015
[46] CCSS. Boletín epidemiológico Subárea de Vigilancia Epidemiológica I Semestre 2015. Costa Rica. 2015

Además, en relación a la tasa de Violencia Intrafamiliar en hombres, ésta fue de 10,9 por cada 10mil habitantes, y la distribución según grupo de edad evidencio que fueron los grupos de niños y adolescentes los más afectados, con tasas de 5,5 y 2,3 por cada 10mil habitantes[47].

En el primer semestre del 2015, en relación a la clasificación según tipo de VIF que se atendió en los centros de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, el primer puesto lo ocupa otros maltratos con un 28% de los casos, el segundo puesto la ocupa el abuso físico con un 25% de los casos y una tasa Incidencia Acumulada de 3,9 por cada 10000 habitantes, seguido del Abuso Sexual con el 17% y una tasa de Incidencia Acumulada de 2,6 por cada 10000 habitantes[48].

En términos comparativos, según estadísticas institucionales, en el año 2014, la tasa de incidencia acumulada de eventos clasificados como Violencia Intrafamiliar fue de 23,6 por cada 10mil habitantes[49], lo que evidencia un descenso para el primer semestre del año 2015.

En el 2014 en los centros de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, la manifestación de VIF de tipo física se presentó en un 27,7%, seguido de la VIF de tipo sexual en un 18% y del tipo psicológico en un 14,7%, siendo que el abuso físico, psicológico y sexual fue más frecuente en el sexo femenino con un 64%, 75% y 87.7% respectivamente[50].

En relación a la distribución por sexo, los casos atendidos en la Red de Servicios de Salud de la CCSS registrados de VIF en el 2014, fueron más frecuentes en el sexo femenino con un 68%. Además, el grupo de edad con mayor frecuencia fue el grupo de 0 a 9 años con una tasa de 42,7 por cada 10mil habitantes, seguida del grupo de 10 a 19 años con una tasa de 39,1 por cada 10 mil habitantes[51].

En Costa Rica, la cifra de personas fallecidas por homicidio doloso registró en el 2013 a 411 víctimas. En el año 2008 al año 2010, el promedio de las mujeres que fueron víctimas de homicidio fue de 11,5%[52].

En nuestro país, el año en que más mujeres fueron asesinadas por sus esposos o compañeros sentimentales, fue el 2008, con 18 muertes, seguido por el 2009 con 15 víctimas. En 2000 hubo 13 femicidios y en 2010 alcanzó la cifra de 10 femicidios, mientras los años con menor cantidad fueron el 2001 y 2007[53].

[47] CCSS. Boletín epidemiológico Subárea de Vigilancia Epidemiológica I Semestre 2015. Costa Rica. 2015
[48] CCSS. Boletín epidemiológico Subárea de Vigilancia Epidemiológica I Semestre 2015. Costa Rica. 2015
[49] CCSS. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar y Autoinflingida Cierre año 2014: Componente de Enfermedades no Transmisibles. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Costa Rica. 2014
[50] CCSS. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar y Autoinflingida Cierre año 2014: Componente de Enfermedades no Transmisibles. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Costa Rica. 2014
[51] CCSS. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar y Autoinflingida Cierre año 2014: Componente de Enfermedades no Transmisibles. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Costa Rica. 2014
[52] Ministerio de Justicia y Paz. Informe estadístico 11 actualización: muertes violentas en Costa Rica: homicidio, femicidio, suicidio, muertes por accidentes de tránsito. Período 2008-2013. Costa Rica. 2014
[53] Wu, S. Femicidio: un indicador de violencia social hacia la mujer. Med. leg. Costa Rica vol.29 n.1 Heredia Mar. Costa Rica. 2012

Además, la explotación de los niños y niñas tanto en trabajos no adecuados para la edad como de explotación sexual en Costa Rica, se manifiesta de dos maneras, mediante las relaciones sexuales remuneradas y la pornografía utilizando a personas menores de edad[54].

En general, a pesar de las dificultades a nivel de registro, es evidente que la violencia en sus diversas manifestaciones, tiene múltiples consecuencias en la salud tanto física como mental y que su prevalencia va en aumento, por lo que los servicios de Salud se ven obligados a hacer un abordaje integral.

Por todo lo anterior, se hace evidente la importancia y necesidad del abordaje de la Salud Mental en nuestro país, y como los EI-SAM brindan una atención integral, interdisciplinaria, con un enfoque de atención centrada en las personas, desde una perspectiva de género, interculturalidad y enfoque de derechos humanos, dando respuesta a muchos de los trastornos relacionados a la salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia.

Referencias Normativas

La creación de los EI-SAM está basada en tres grandes ejes de acción que son la atención de la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia, para los cuales se indica a continuación el fundamente normativo existente que respalda el accionar de dichos Equipos en el marco de los ejes de acción mencionados. (Ver recuadro 1, 2 y 3)

Recuadro 1. Legislación nacional e internacional existente en relación a la atención de la salud mental

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (10 de diciembre de 1948)
- Constitución Política de la República de Costa Rica (1948): establece en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano
- Ley No 5412 Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973), indica en su artículo 1 que indica que “la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud”.
- Ley General de Salud Ley Nº 5395 (1973) indica en relación a la atención en salud de la Salud mental:
    - En su artículo 2 señala que “es función esencial del Estado velar por la salud de las personas y corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley”.
    - En su artículo 10 indica que “toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales”.
    - En su artículo 13 (modificado mediante Ley No. 7600 del 2 de mayo de 1996) indica que “los niños tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico. Por tanto, tendrán derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad. Los niños que presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales, gozarán de servicios especializados”.
    - En su artículo 29 (modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996) señala que “las personas con trastornos emocionales severos así como las personas con dependencia del uso de drogas u otras

[54] Ministerio de trabajo y Seguridad Social, et al. Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación sexual, trata trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso. Costa Rica. 2014

sustancias, incluidos los alcohólicos, podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por estimarlo necesario, según los requisitos que los reglamentos pertinentes determinen".

- En el artículo 30 (modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996) se indica que "cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al Juzgado de Familia de su jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la cúratela".
- El artículo 31 (modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996) señala que "las personas con trastornos emocionales severos, los toxicómanos y los alcohólicos que no se encuentren internados en un hospital por orden judicial, podrán salir del establecimiento de conformidad con las disposiciones reglamentarias pertinentes, por egreso médico o por alta exigida a petición del paciente o de sus familiares, cuando su salida no involucre peligro para la salud o la vida del paciente o de terceros"
- El artículo 32 (modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996) señala que "queda prohibido mantener a personas con trastornos emocionales severos y a toxicómanos en establecimientos públicos o privados que no estén autorizados para tal efecto por el Ministerio".
- En el artículo 33 (modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996) se indica que "los familiares de la persona con trastornos emocionales severos o con deficiencia intelectual, física y sensorial o los familiares del toxicómano sometido a tratamiento, podrán requerir atención médico-social de los servicios de salud, con sujeción a las normas reglamentarias para los miembros del hogar del paciente".

- Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental proclamado por la Federación Mundial de Salud Mental (26 de agosto de 1989)
- Principios de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (Caracas, 14 de noviembre de 1990)
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 17 de diciembre de 1991)
- Ley 7600 Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1996)
- Principios de Brasilia. Conferencia Regional en Brasilia (noviembre de 2005)
- Declaración de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (adoptado por Naciones Unidas en diciembre de 2006)
- El 49° Consejo Directivo de la OPS. 61.A Sesión del Comité Regional, Washington D.C., 2009, que aprobó la Estrategia Regional y Plan de Acción sobre Salud Mental (2009-2019)
- Declaratoria de Corobicí, San José. Asociación Centroamericana de Psiquiatría (XXV Congreso Centroamericano de Psiquiatría, con énfasis en Derechos Humanos, abril de 2011)
- Ley N° 2160 Ley Fundamental de Educación
- Política Nacional de Salud Mental 2012 – 2021 (2012)

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Recuadro 2. Legislación y normativa institucional existente en relación a la atención en salud a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas

- Ley Nº 5395, Ley General de Salud (1973): Se indica que es un deber constitucional y legal del Estado, velar por la salud de la población y le corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar por este deber.
- Ley N º 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973): menciona en su artículo 3, que el Ministerio cumplirá sus funciones por medio de sus dependencias directas y de los organismos adscritos y asesores. En el campo de las drogas, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, es su órgano especializado.
- Ley N º 7374 Ley de Aprobación de los contratos de préstamo suscritos entre el Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno de la República de Costa Rica (1993): se establece la atención de servicios integrales de salud, estipula además que corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social, la ejecución de las políticas de salud, la atención de las personas afectadas por el consumo de drogas, como parte de los programas asistenciales que brinda dicha institución.
- Ley N º 8289 Reforma la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (2002): se asigna al Instituto sobre Alcoholismo y

Farmacodependencia (IAFA) la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además de coordinar y aprobar todos los programas públicos y privados relacionados con sus fines.

- Ley Nº 8204 Ley sobre Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado legitimación de capitales y actividades conexas (2002): se asigna al fenómeno de las drogas la característica de una materia de interés público y problema social de primera importancia. Esta Ley crea el Instituto Costarricense sobre Droga (ICD), adscrito al Ministerio de la Presidencia. A esta instancia se le confiere la tarea de coordinar, diseñar e implementar políticas, planes y estrategias de prevención y atención del consumo de drogas, así como contra el tráfico ilegal de drogas, la legitimación de capitales y otras actividades relacionadas. En su Plan Nacional sobre Drogas 2008 – 20121 se establece que la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica, corresponde a la CCSS en coordinación con otras instancias.
- Decreto Nº 37110-S Políticas del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (2012)
- Ley No 9028 Ley general para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud (2012): En respuesta al Convenio Marco, en marzo del 2012, se crea en Costa Rica la Ley 9028, con el objetivo de "establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco".

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Recuadro 3. Legislación y normativa institucional existente en relación a la atención en salud a las personas en situaciones de violencia

Internacional:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU) (1948): Dentro de los artículos relacionados con el tema de atención a la violencia, se destacan:
  - Artículo 3 que indica "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".
  - Artículo 5 que indica "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes".
  - Artículo 25 que indica "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".
- Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1966): Los derechos civiles y políticos que conforman este pacto, se dan a partir de los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo y tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables. Por lo tanto, expone lineamientos a tomar en cuenta en el país y en la institución para la prevención de la violencia contra las personas adultas mayores.
  - Artículo 6 indica: El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.
  - Artículo 26 indica: Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1979): fue ratificada por Costa Rica en 1984, los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas. A su vez, convienen por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer. Los Estados se comprometen a consignar en la legislación nacional apropiada, el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio; Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales o competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación.
- Protocolo Adicional a la Convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador" (1988).
- Principios de las Naciones Unidas para las personas de edad (1991): reconociendo el aporte a las sociedades que han brindado las personas adultas mayores y reafirmando el respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales, esta organización alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes

principios en sus programas nacionales en prevención y atención a la violencia y el maltrato contra las personas adultas mayores:
    - Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
    - Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica
- Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores (1994)
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará) (1994): fue establecida por la Organización de Estados Americanos (OEA) es ratificada por Costa Rica en 1995, esta convención fue instituida debido a la necesidad de dotar de un instrumento internacional que contribuya a eliminar las situaciones de violencia que puedan afectar a las mujeres, y se constituye una positiva contribución para proteger sus derechos.
    - Artículo 9 indica que para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, [sic] anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.
- Protocolo de Prevenir Reprimir Sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres y niños. (Protocolo de PALERMO) (2001)
- Protocolo Facultativo de la Convención Sobre los derechos del niño Relativo a la venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de Niños en la Pornografía (2002).
- ONU-CEDAW Recomendación general número 13 (1989): igual remuneración por trabajo de igual valor.
- OIT Recomendación núm. 191 sobre la protección de la maternidad.
- Declaración y Programa de Acción de la conferencia Mundial contra el Racismo.
- Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. 2002.
- Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002): contribuye a aumentar la comprensión de los derechos de las personas adultas mayores y sirve de base para la formulación de políticas públicas. Promueve cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para reorientar la manera en que las distintas sociedades perciben a las personas adultas mayores, promoviendo su inclusión. Por último, su objetivo es dirigir las acciones de los países participantes en la atención a la población adulta mayor.
- Resolución CSP26.R20 de la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. "La Salud y el Envejecimiento" (2002)
- Declaración de Brasilia (2008)
- Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. 2012.
- Declaración de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe sobre Envejecimiento. Declaración de Tres Ríos, Costa Rica (2012): se plantean demandas a los Estados y Gobiernos para la prevención y atención de la violencia en contra de las personas adultas mayores:
    - Destinen recursos y apoyos para estimular que las personas mayores se inserten en los espacios de enseñanza, creación cultural, deportivos, recreativos y de la vida pública que contribuyan a la eliminación de estereotipos.
    - Faciliten la actualización de conocimientos sobre vejez y envejecimiento a los funcionarios públicos y en especial a los trabajadores de los servicios de salud, teniendo en cuenta los principios fundamentales de los derechos humanos.
    - Definan y hagan efectivas las medidas necesarias para reparar de manera integral a las personas mayores que han sido víctimas de situaciones de maltrato, violencia, o acciones negligentes en los servicios de salud.
- Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores (2015)

Nacional:

- Constitución Política de Costa Rica (1949): La Constitución Política de Costa Rica en el artículo 51, establecida en el año 1949, instituye el derecho de las personas adultas mayores a la protección especial del Estado.
- Ley General de Salud, Ley N° 5395 (1973), refiere:
    - Artículo 3 indica "Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir

al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad".

- Convención sobre los Derechos del niño de las Naciones Unidas (1989): es ratificada por Costa Rica 1990.
- Ley 8171 Convención Interamericana sobre el tráfico de PME (1994).
- Ley 7476 Ley contra el hostigamiento sexual en el empleo y la docencia (1995): Contiene acciones para prevenir, investigar y sancionar el hostigamiento sexual
- Ley 7600 Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1996): tiene como objetivos servir como instrumento para que estas personas alcancen su máximo desarrollo, garantizar la igualdad de oportunidades, eliminar cualquier tipo de discriminación y establecer las bases jurídicas y materiales que le permitan a la sociedad costarricense adoptar medidas necesarias para la equiparación de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad.
- Ley7576 Ley de Justicia Penal Juvenil (1996): Se aplica a personas menores de edad con edades entre los doce y menos de dieciocho años al momento de la comisión de un hecho tipificado como delito o contravención en el Código Penal o Leyes especiales.
- Ley contra la Violencia Doméstica. Ley 7586 (1996): Esta ley regula la aplicación de un conjunto de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de la violencia doméstica por parte de la autoridad judicial competente. Esta protección se brindará especialmente a madres, personas menores de edad, personas adultas mayores y personas con discapacidad en el entorno familiar.
- Ley 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia (1998): Se regulan las políticas, acciones, y programas preventivos y de apoyo dirigidos a madres adolescentes.
- Ley 7771 Ley sobre VIH/SIDA (1998): Tiene por objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, atención del VIH/SIDA. Además de los derechos y responsabilidades de las personas portadoras del VIH.
- Ley 7934 Convención Interamericana para Prevenir y sancionar la tortura (1998): Prevención y sancionar la tortura
- Ley 7899, denominada Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad (1999).
- Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Ley 7935 (1999)
- Ley 7984 Convención Interamericana para erradicar todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad: El Estado se compromete a erradicar cualquier forma de discriminación contra las personas con discapacidad
- Ley 7999 sobre tráfico de personas menores de edad (2000).
- Ley 8002 Reforma de los artículos 161 y 162 del Código Penal Ley 4573 (2000): reforma los artículos 167 sobre Abusos sexuales contra personas menores de edad e incapaces y artículo 162 sobre Abusos sexuales contra personas mayores de edad.
- Ley 8017 Consejo de Atención Integral de la Niñez (2000)
- Ley 8032 Convención Interamericana sobre restitución internacional de menores (2000).
- Ley 8101 Ley de paternidad responsable (2001).
- Ley 8111 Ley nacional de vacunación (2001).
- Ley 8183 Reforma al artículo 5 de la ley 7633 se sanciona por vender bebidas alcohólicas a PME (2001).
- Ley 8122 Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y acción inmediata para su eliminación (2001).
- Ley 8143 Adición de un párrafo segundo al artículo 174 del Código Penal (donde se penaliza cualquier divulgación de material pornográfico o erótico donde aparezcan PME) (2001).
- Ley 8200 permite la intervención en las comunicaciones en investigaciones que estén relacionadas con explotación sexual comercial a menores (2001).
- Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada, Ley N° 8239 (2002)
- Ley 8261 Ley de la Persona Joven (20-05-2002).
- Ley 8306 Accesibilidad de espacios en espectáculos públicos para personas con discapacidad incluye PME (26-09-2002).
- Ley 8307 endurece las penas por sustracción, homicidio de niños, niñas, adolescentes y persona discapacitados (13-10-03).
- Ley 8409 Se autoriza la intervención médica de menores para resguardar la salud o la vida del menor (2004)
- Ley 8389 tipificando el secuestro de persona menor de doce años o persona con discapacidad en estado de indefensión (11-08-04)
- Ley 8411 Se crea el juzgado de Familia, Niñez y Adolescencia de San José (11-05-04).
- Ley 3261 Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados (2005).
- Protocolo de Repatriación para NNA víctimas de trata (2006).

- Ley 8654 Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante (2007).
- Ley 8590 para el Fortalecimiento de la Lucha contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad (2007).
- Ley 8571 Sanciona el matrimonio con personas menores de 15 años, estableciendo su nulidad de oficio, y la imposibilidad de inscribir el matrimonio en el Registro Civil (2007).
- Ley 8589 Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer (2007): se aprueba a raíz del cumplimiento obligatorio que asumió Costa Rica, mediante la firma de dos Instrumentos Internacionales: La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra La Mujer y La Convención Belem Do Pará. Esta Ley desarrolla una nueva concepción de la violencia en el país, resaltándola como un delito público y no una situación del ámbito privado, por lo cual su atención se incorpora al ámbito penal y no sólo en el civil. Según lo establece el artículo 1 de dicha ley, su fin es proteger los derechos de las víctimas de violencia y sancionar las formas de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial contra las mujeres mayores de edad, como práctica discriminatoria por razón de género, específicamente en una relación de matrimonio, en unión de hecho declarada o no. Se establecen nuevos procesos penales para la atención de las mujeres víctimas de violencia, destaca las obligaciones de las personas en la función pública de actuar ágil y eficazmente en favor de la víctima para evitar la revictimización. Dentro de su ámbito de acción, sanciona aquellas acciones cometidas por las parejas de mujeres casadas o en unión libre.
- Ley 8654 Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2008)
- Ley 8661 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008)
- Ley de Migración y Extranjería # 8487 (artículo 71d) establece que no podrán egresar del país las personas menores de edad costarricenses o que gocen de permanencia legal como residente en el país y que no porte el permiso de salida expedido por la autoridad competente) (2009).
- Ley 8720 Protege a las víctimas, testigos y demás intervinientes en los proceso penales (2009).

Decretos Ejecutivos:

- N° 26664-MP. Creación del sistema nacional de seguimiento del PLANOVI (1998): tuvo como propósito Institucionalizar las políticas de atención y prevención de la violencia intrafamiliar (VIF). Lo anterior, mediante la implementación de todas las medidas apropiadas y en todas las esferas para asegurar el pleno desarrollo de la mujer y garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La población meta para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar son todas aquellas personas afectadas por la violencia intrafamiliar y las personas ofensoras.
- N° 38036-MP-MBSF. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. 2011-2021.
- N^{o} 30180. (2 febrero 2002), Ratifica el Protocolo relativo a la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la Pornografía, de la Convención de los Derechos del niño
- N^{o} 7739. Creación de la Oficina de los Derecho de las Niñas, los niños, los y las adolescentes del Ministerio de Educación
- N^{o} 29220 MTSS. Reglamento para la contratación laboral y condiciones de salud ocupacional de las personas adolescente.
- N^{o} 33028 Publicado en el diario oficial La Gaceta N° 84, del 3 de mayo de 2006, regula la conformación y funcionamiento del CNNA y su Secretaría Técnica, y establece como comisión de carácter permanente al a Comisión Nacional para la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes CONACOES
- Gaceta N^{o} 235 06-19-01. Reglamento que regula el funcionamiento y los alcances que tienen los Comités de Estudio de Niño, Niña y adolescente agredido.

Normativas institucionales e interinstitucionales:

- Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar. MS-CCSS (2000): tienen como objetivo ofrecer atención oportuna, eficiente e integral a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar en los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social. Así mismo, pretende dar respuesta a las obligaciones dictadas por el marco jurídico nacional en materia de derechos humanos, con instrumentos y normas técnicas que faciliten la atención integral.
- Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extra familiar (2002): tiene como propósito “aportar herramientas metodológicas que contribuyan a uniformar criterios en el Sector Salud en torno a la recolección de información confiable para los tomadores de decisiones.
- Protocolo interinstitucional de intervención para la atención de mujeres en situación de riesgo alto de muerte por violencia. Consejo Superior. Poder Judicial (2007): se constituye en un instrumento para lograr la intervención efectiva y oportuna de las autoridades públicas en la atención de mujeres en situación de riesgo de muerte por violencia, a partir del cual se emiten las directrices correspondientes a las instituciones responsables, entre ellas el INAMU, PANI, Poder Judicial, Ministerio de Justicia. Dentro de este Protocolo Interinstitucional se le asigna

una serie de funciones al sector salud, en la atención, denuncia y activación de sistema de protección para las mujeres en alto riesgo de muerte por violencia.

- Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violencia sexual (primeras 72 horas de ocurrido el evento) (2013): Tiene como objetivo brindar atención interdisciplinaria, integral y oportuna a la persona que ha sido víctima de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento de asalto sexual, con el propósito de disminuir la probabilidad de infección por VIH e ITS, la re victimización, obtener las evidencias legales y garantizar los derechos de la persona usuaria. En dicho protocolo se definen las acciones institucionales según competencias para abordar a las personas víctimas de violencia sexual, además, establece recomendaciones para la atención de la víctima por parte de examinadores del Servicio de salud y establece los lineamientos a seguir para la aplicación de la terapia profiláctica para infecciones de transmisión sexual y VIH.
- Normas de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar para las Personas Adultas Mayores (2005).
- Reglamento del Seguro de Salud (2010): se establecen en el capítulo VI, los derechos de los usuarios de los servicios, entre ellos, los que atañen a las personas adultas mayores para la prevención del maltrato en el ámbito institucional
- Creación de equipos para atención integral de personas en condición de abandono en Hospitales de la Caja. Oficio 27569-5-A-10 (2010): se establece el lineamiento institucional de fortalecer o conformar en cada hospital un equipo interdisciplinario integrado por profesionales en Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Derecho, para que desde el ingreso hospitalario se encargue de la atención, estudio, análisis y resolución de las situaciones que presenten las personas en riesgo.
- Ley 8312 Redefine el concepto de Madre Adolescente, amplia y modifica los fines e integración del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente, así como el ámbito de cooperación Internacional (21-10-02)
- Lineamiento para la atención social de personas adultas y adultas mayores, que presentan Síndrome de Maltrato / Negligencia y Abandono, detectadas en el I, II y III Nivel de atención, del seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (código L.GM.DDSS.ARSDT.TS-001-13) (2013): Este lineamiento define la atención social por parte de profesionales de Trabajo Social del seguro de salud de la institución para las personas adultas y adultas mayores que presentan Síndrome de Maltrato/ Negligencia y Abandono, apegados a las competencias y normativas de la Institución.
- Plan Estratégico Institucional Reajustado. Macro Políticas 2013-2016 (2013): En el plan Estratégico Institucional se plantea el mejoramiento de los servicios de salud que se prestan a la población, a partir de sus necesidades. Dentro de estos servicios, se ubican los destinados a la prevención y atención de la violencia contra las personas adultas mayores.

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Los EI-SAM son conformados por profesionales de la salud de las disciplinas de Medicina, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, los cuales a nivel nacional e institucional cuentan con una series de lineamientos y normativas que definen y enmarcan su accionar dentro de los EI-SAM, las cuales indican a continuación según disciplinas: (ver Recuadro 4, 5, 6 y 7)

Recuadro 4. Legislación existente en relación con los/las profesionales en Enfermería en Salud mental y Psiquiatría

- Ley 2343 Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica (1959)
- Ley Nº 5395, Ley General de Salud (1973)
- Ley 7085 del colegio de enfermera de Costa Rica (1988)
- Reglamento para el ejercicio de los profesionales en enfermería especialistas en salud mental y psiquiatría, Gaceta número 46 del 6 de marzo 2015 (2015)

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Recuadro 5. Legislación existente en relación con los/las profesionales en Medicina General

- Ley No 3019 Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (1962) (Reformada por la Ley No 3671 del 18 de abril de 1966)
- Ley Nº 5395 Ley General de Salud (1973)
- Ley No 5412 Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973)
- Decreto No 23110-S Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos (1994)
- Decreto No 35332-S Código de Moral Médica (2009)

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Recuadro 6. Legislación y normativa institucional existente en relación con los/las profesionales en Psicología

- Ley Nº 5395 Ley General de Salud (1973)
- Ley N° 6144 Ley Orgánica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, Publicado en la Gaceta N º 8 del día 11 de enero de 1978
- Tiempos de consulta en la atención psicológica, código GM-18828-2, fecha emisión 21/03/2011
- Designación de Profesionales en Psicología a nivel local como enlace en la Coordinación Nacional de Psicología, código GM 18938-2, fecha emisión 24/03/2011
- Lineamiento nacional sobre el rol de los servicios de psicología de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en relación con las evaluaciones psicológicas, solicitadas como criterios técnicos para generar diagnósticos en las adecuaciones de acceso, adecuaciones curriculares no significativas y adecuaciones curriculares significativas; solicitadas por padres de familia o las escuelas, los colegios públicos y privados bajo competencia técnica o supervisión del Ministerio de Educación Pública, código GM-24535, fecha emisión 17/07/2012
- Oferta de servicios de psicología de la CCSS, código GM-37627-5 y GM-37630-5, fecha emisión 02/10/2012
- Atención a consultas del Colegio Profesional de Psicología (ingreso del Profesional de Psicología a Instalaciones de la CCSS, código ARSDT-E-PSIC-055-13, fecha emisión 29/05/2013
- Sistema estadístico integrado de Psicología, código GM-MDA-58841-13 y GM-MDA-58842-13, fecha emisión 18/12/2013
- Solicitud revisión de requisitos formales de los perfiles de puestos de psicólogo clínico 1, psicólogo clínico 2 y psicólogo clínico 3, código DDSS-0371-14, fecha emisión 14/03/2014
- Subproceso de prestación de servicios de psicología, código GM-MDA-2851-14, fecha emisión 25/03/2014
- Organización funcional de Psicología en los tres niveles de atención, código GM-MDD-DDSS-3400-14, fecha emisión 13/05/2014
- Revisión, criterio y recomendación técnica para el Área de Estructuras Organizacionales, sobre el servicio de psicología oncológica en el Hospital México, código DDSS-0916-14, fecha emisión 16/07/2014
- Manual de procedimientos de la Consulta Externa en Psicología, código GM-MDD-45080-14, fecha emisión 17/09/2014
- Consentimientos informados de psicología, código ARSDT-E-PSIC-208-14, fecha emisión 04/11/2014
- Criterio sobre interconsultas y producción, código ARSDT-E-PSIC-004-15, fecha emisión 08/01/2015
- Emisión de criterio sobre funciones del servicio de psicología, Área de Salud de Barva, Licitación Pública Nº 2008 LN-000013-1142., código ARSDT-E-PSIC-023-15, fecha emisión 21/01/2015
- Aval al Documento "Pautas para la Atención en Salud de Trastornos Mentales y del Comportamiento", código GM-MDD-0360-15, fecha emisión 27/01/2015
- Consultas referidas a la atención en Psicología y Psiquiatría, código DRSS-E1-0594-2015, fecha emisión 13/03/2015
- Recordatorio de Normalización Institucional de la Disciplina de Psicología, código DRSS-0832-15, fecha emisión 15/04/2015

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Recuadro 7. Legislación y normativa institucional existente en relación con los/as profesionales en Trabajo Social

- Ley No 3943 Ley Orgánica del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Costa Rica (1967)
- 8725-5 Organización Funcional de los Servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención (Incluye Oferta de Servicios)
- 662 Reporte de Consulta Social
- GM-7996 Documentos a usar en el Expediente de Salud
- DJ-8184-2012 Posibilidad de digitar e imprimir la fórmula Referencia a Especialista código 4-70-04-0140 en los Servicios de Trabajo Social
- 6080 Consulta Individual de Trabajo Social en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social
- GM-MDA-43510-13 Unidades de Medida para Trabajo Social
- AES-1-784-2013 Instructivo Cuadro 42 Informe Estadístico de Trabajo Social
- GM-MDA-2851-14 Subproceso: Prestación de Servicios de Trabajo Social

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Se presenta en orden cronológico

Alcance y campo de aplicación

El presente Manual de Procedimientos corresponde a un documento regulador para el funcionamiento de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS, y debe ser un documento de acatamiento obligatorio para los/las miembros de los EI-SAM y para la aplicación de los criterios de referencia y contrarreferencia por parte de la Red de Servicios de Salud de la CCSS.

Objetivo General del Documento

Definir los procedimientos de los Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental (EI-SAM) en la Red de Servicios de Salud de la CCSS.

Metodología de construcción del documento

El presente Manual de Procedimientos se realizó como un trabajo en conjunto de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (DDSS), específicamente del Área de Atención Integral a las Personas y el Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, así como, con el apoyo técnico del Programa de Equidad de Género. Las instancias de la DDSS involucradas en el proceso de construcción del documento fueron:

- Coordinación Nacional de Enfermería
- Coordinación Nacional de Psicología
- Coordinación Nacional de Trabajo Social
- Programa de Regulación a la Atención de las Adicciones
- Programa de Regulación a la Atención de la Salud Mental
- Programa de Regulación a la Atención de la Violencia

Se realizaron múltiples sesiones de discusión técnica con todos los/las representantes de las instancias involucradas, donde se generaron consultas técnicas grupales de diversos temas y aspectos del documento.

Se entregaron tres avances del Manual a los/las representantes, quienes realizaron aportes y observaciones al mismo, los cuales fueron incorporados al documento tras su análisis respectivo.

Se realiza entrega técnica del documento final del Manual a las jefaturas de la DDSS, para su posterior oficialización por parte de la Gerencia Médica.

Se tiene contemplado la realización de un proceso de validación posterior a la entrega final del Manual, con funcionarios/as institucionales claves, con el fin de recabar sus aportes y observaciones al mismo, y posterior incorporación tras su respectivo análisis.

Responsables

A continuación se muestran las unidades vinculadas con la ejecución del presente Manual de Procedimientos y los puestos que tienen responsabilidad directa (aplicación de la instrucción de trabajo) o indirecta (supervisión y regulación vinculada con la aplicación de la instrucción de trabajo) en su ejecución. (Ver Cuadro 1)

Cuadro 1. Unidades y su responsabilidad

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
Presidencia Ejecutiva	Dotar de los recursos necesarios para el funcionamiento de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS
Gerencia Médica	Gestionar los recursos necesarios para el funcionamiento de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS
Dirección de Red de Servicios de Salud	Instruir y gestionar el proceso de referencia y contrarreferencia para el funcionamiento de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud	Regular, normalizar y supervisar funcionamiento de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS y la aplicación de los criterios de referencia y contrarreferencia según lo establecido
Área de Atención Integral a las Personas	Es responsable de administrar las actividades sustantivas para el soporte técnico, la asesoría, la evaluación de los servicios que favorezcan la articulación de la gestión sustantiva del primer, del segundo y del tercer nivel de atención, a efecto de establecer las políticas, la normativa técnica, los indicadores, los proyecto, las estrategias y los protocolos para la atención directa a las personas en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población[1], incluyendo la atención brindada por los EI-SAM.

Área de Regulación y Sistematización del Diagnóstico y el Tratamiento	Define y divulga las estrategias, normas, los protocolos funcionales y asesora a los diversos establecimientos de salud en las disciplinas de Enfermería, Nutrición, Trabajo Social, Psicología, Laboratorio Clínico, Odontología y Farmacia. Establece indicadores cualitativos y cuantitativos e instrumentos técnicos de operación para lograr la optimización de los servicios, en el ámbito institucional, con base en la normativa técnica emitida por la DDSS[2].
Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental (EI-SAM)	Ejecución de los procedimientos descritos en el presente Manual de Procedimientos en la Red de Servicios de Salud de la CCSS.
Dirección Regional de Servicios de Salud	Supervisión técnica, capacitación, evaluación y seguimiento del funcionamiento de los EI-SAM.
Dirección Médica del Establecimiento de Salud	Dotación de infraestructura y otros insumos requeridos para el funcionamiento de los EI-SAM.

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

[1] CCSS. Actualización del Análisis General Evaluativo de la Restructuración Organizacional de la Gerencia Médica y la elaboración de los Manuales de Organización específicos de los Direcciones adscritas. Costa Rica. 2008

[2] Modificado de: CCSS. Actualización del Análisis General Evaluativo de la Restructuración Organizacional de la Gerencia Médica y la elaboración de los Manuales de Organización específicos de los Direcciones adscritas. Costa Rica. 2008

Marco conceptual de la atención

El abordaje realizado por los EI-SAM cuenta con una base conceptual según el eje temático de sus intervenciones, como es el caso de Salud Mental, Consumo de Sustancias Psicoactivas y Violencia, con sus respectivas especificidades en su abordaje. Es importante rescatar que los EI-SAM cuentan además, con aspectos transversales como son la perspectiva de género, el enfoque de derechos humanos, la atención centrada en las personas e la interculturalidad.

Dichas bases conceptuales se detalla brevemente a continuación.

Perspectiva de Género

El género como concepto, permite identificar, comprender y analizar los significados, las relaciones intergenéricas e intragenéricas y las identidades construidas social y culturalmente, producto de las diferencias biológicas entre los sexos. Asimismo, las características, los valores y las actitudes que se transmiten a través de la socialización, los cuales se manifiestan en los roles que cada uno/a desempeña (reproductivo, productivo y de gestión comunitaria) y cómo las desigualdades estructurales están marcadas por el acceso inequitativo de mujeres y hombres a los recursos materiales y no materiales.

La perspectiva de género, es un abordaje teórico y metodológico basado en la Teoría de Género y se inscribe en el paradigma teórico histórico y en el paradigma cultural del feminismo, partiendo de la crítica que se hace a la concepción androgénica de la humanidad, de los aspectos destructivos y opresivos que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas según el género. Aporta el análisis y la comprensión diferenciadamente de las características que definen a las mujeres y

a los hombres de manera específica, con el fin de contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración, a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres, revolucionando el orden de poderes entre los géneros y con ello la vida cotidiana, las relaciones, los roles, las responsabilidades, los conocimientos, el acceso, uso y control de los recursos, los problemas y las necesidades, prioridades y oportunidades[55].

En ese sentido, la perspectiva o enfoque de género permite reconocer en la organización genérica, la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres, expresadas en desventajas principalmente hacia las últimas; lo que se concreta en condiciones de vida inferiores en relación con las de los hombres; constituyéndose en una alternativa para abordar primero el análisis de las relaciones de género y cómo se ven afectados ambos por determinado fenómeno, y con base en éste, orientar las decisiones y acciones hacia el desarrollo. Significa dejar de creer en el estereotipo de que los roles sociales y culturales asignados son naturales y por lo tanto inamovibles[56].

En la misma línea, esta perspectiva abre la posibilidad de entender cómo los efectos diferenciales de cada situación en mujeres y hombres, los impacta positivamente, beneficia al conjunto de la sociedad y establece condiciones más equitativas para todos y todas.

El análisis desde la igualdad y equidad de género, debe ser incluido por los Estados como objetivo de desarrollo de sus políticas económicas y sociales. Es responsabilidad de las instituciones, la definición de mecanismos de acción afirmativa que aseguren la función pública en correspondencia con las demandas y necesidades de las mujeres y de los hombres en nuestro país, velando a la vez por el cumplimiento del marco normativo nacional e internacional existente en la materia[57].

La OMS y la OPS otorgan atención prioritaria a la relación entre el género y la salud; lo que reitera la importancia de incluir una propuesta concerniente en el análisis de la equidad de las políticas de este sector. Las condiciones en que viven las personas influyen en su estado de salud, y quienes están en un nivel bajo en la escala social poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades de gravedad y/o fallecer de manera prematura[58].

El género como construcción social, es un factor determinante que exacerba las vulnerabilidades y acompaña a la biología en la determinación de las desigualdades en materia de salud. No obstante, un análisis con perspectiva de género, insiste en que, si bien hay diferencias entre las necesidades de salud de las mujeres y de los hombres en relación con las biológicas e históricas, esto no justifica un trato desigual o discriminatorio entre ellos y ellas. Puede decirse entonces que el género definitivamente "influye en los riesgos de morbi-mortalidad, debido a las diferencias en la exposición y en la vulnerabilidad; en la gravedad y en las consecuencias de la enfermedad; en el acceso a los recursos para la promoción de la salud

[55] Lagarde y de los Ríos, M. El género, fragmento literal: La perspectiva de género en género y feminismo. Desarrollo Humano y Democracia. Editorial Horas y HORAS. España. 1996
[56] Lagarde y de los Ríos, M. El género, fragmento literal: La perspectiva de género en género y feminismo. Desarrollo Humano y Democracia. Editorial Horas y HORAS. España. 1996
[57] Lamas Usos, Martha. Dificultades y posibilidades de la categoría género. Programa Universitario de Estudios de Género. Universidad Autónoma de México. México. 2000
[58] OPS. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y la política. Harvard Center for Population and Development Studies. 2005

y la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; en la experiencia y las consecuencias de la mala salud" [59].

La Caja Costarricense de Seguro Social, como institución pública encargada de la seguridad social, cumple una función fundamental al prestar servicios de salud y pensiones, ejes componentes del desarrollo social y humano, lo que le sugiere el reto de superar de manera consciente, cualquier desigualdad que pueda distorsionar u obstaculizar este propósito. Por lo anterior, el cerrar la brecha entre hombres y mujeres se constituye en un reto a lograr a través de la incorporación de esta perspectiva en la cultura institucional, además de enriquecer el trabajo de promoción y protección de los derechos humanos[60].

En cuanto a esto, es que el análisis que se realice del género está intrínsecamente relacionado con los problemas de salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia, por lo que debe ser transversalizado en la atención que brindan los/las funcionarios de los EI-SAM a esta población, además de tomar como base la contextualización de la vulnerabilidad femenina y masculina si se quieren comprender los entornos bajo una perspectiva de igualdad y equidad. La igualdad de género facilitará que tanto mujeres como hombres disfruten de condiciones y oportunidades que les permitan ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanas y sanos, beneficiándose de estos resultados.

Incorporar la perspectiva de género en la atención en salud brindada por los EI-SAM, permite reconocer la existencia de diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores construidos socialmente.

Enfoque de Derechos Humanos

Los derechos humanos son atributos inherentes a toda persona por su sola condición de serlo; sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, nacionalidad, creencia religiosa y política, clase social u otras características que forman parte de la vida.

Estos derechos han ido surgiendo a partir de necesidades y demandas planteadas por la humanidad, como una estrategia para garantizar el desarrollo pleno a vivir en igualdad, libertad y dignidad[61].

En la última década, y debido a la movilización internacional de mujeres, se dieron avances significativos para integrar una visión de lo femenino en materia de derechos humanos, por lo que los nuevos instrumentos se crean con perspectiva de género, contemplando ampliaciones conceptuales y reconocimientos explícitos para esta población[62].

[59] OPS. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y la política. Harvard Center for Population and Development Studies. 2005
[60] Caja Costarricense de Seguro Social. Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género. Gerencia Administrativa. Programa para la Equidad de Género. Costa Rica. 2010
[61] Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Acercándonos a los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos de las mujeres. Costa Rica. 2003
[62] Instituto Interamericano de Derechos humanos. Curso autoformativo: "Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos". Aula Interamericana Virtual. S.F.

Según el informe del Primer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres, éstos están intrínsecamente asociados a todos aquellos derechos no solo establecidos jurídicamente, sino reales y potenciales, que mejoran la condición de humanidad de todos los seres humanos[63].

Los derechos humanos se conciben como universales, integrales y complementarios, intransferibles, irrenunciables e imprescriptibles, interdependientes, indivisibles y exigibles; su protección es responsabilidad de todos los Estados.

El Enfoque de Derechos Humanos como tal, es el esfuerzo orientado a articular una nueva ética con políticas públicas a nivel social, judicial y privadas, que "procura construir un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social (...) buscando construir mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones, y consecuentemente la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano"[64].

A diferencia de los otros, reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social y controlen las acciones públicas en esa materia.

Se citan como características fundamentales del Enfoque las siguientes: (Ver Recuadro 8)

Recuadro 8. Características fundamentales del Enfoque de Derechos Humanos

- Reconoce la ciudadanía como un derecho de todas las personas y es deber del Estado proteger y garantizar el cumplimiento de este derecho.
- Reconoce que la estructura social está fundamentada en relaciones sociales basadas en el poder, por lo que al redefinir el marco de las relaciones entre las personas, se han de considerar las diferencias sociales y las económicas para buscar relaciones de igualdad y respeto a las diferencias.
- Enfatiza a la persona como sujeto integral.
- Es una perspectiva que recupera la diversidad social y reconoce la especificidad.
- Plantea la democracia como un derecho humano, asociada intrínsecamente, a la transparencia y la rendición de cuentas en el ejercicio de gobernar, la participación ciudadana, la vigilancia y la exigibilidad de los derechos ciudadanos.
- Supone una institucionalidad centrada en el sujeto, "más y mejores mecanismos de coordinación de los sistemas de acción social y de los sistemas político administrativos".

FUENTE: Guendel, L. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. UNICEF. Costa Rica. 1999

Lo anterior deja entrever que esta perspectiva implica un cambio radical en la concepción tradicional de la atención a las personas y la obligatoriedad del Estado y la sociedad en general, de garantizar los espacios, las oportunidades y las condiciones necesarias para que todos y todas desarrollen sus potencialidades y hagan uso pleno de sus derechos ciudadanos, lo que coloca a la persona en el centro de las acciones, de manera que se le garanticen integralmente todos los demás derechos[65].

[63] Instituto Nacional de las Mujeres. Primer Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica. Costa Rica. 2011
[64] Guendel, Ludwig. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. UNICEF. Costa Rica. 1999
[65] Instituto Nacional de las Mujeres. Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género-2007-2017. Costa Rica. 2007

La Caja Costarricense de Seguro Social como instancia del aparato estatal, a través de los EI-SAM como estrategia de atención de las personas con trastornos mentales y del comportamiento, con consumo de sustancias psicoactivas y/o inmersas en situaciones de violencia en la Red de Servicios de Salud institucional, no sólo debe ser garante de los derechos humanos de las personas usuarias, sino también, cumplir con el compromiso de promover los más altos índices de desarrollo, traducido en los derechos a la vida, la salud, la seguridad, la protección, la atención con calidad y calidez, la confidencialidad, el trato respetuoso, la diversidad sexual, entre otros.

Atención Centrada en las Personas

La respuesta a los problemas de salud de las personas será en general más eficaz si el personal de salud proveedor de los servicios de salud, entiende sus distintas dimensiones. Como por ejemplo, comenzar simplemente preguntando a las personas usuarias cómo sobrellevan la enfermedad, cómo afecta ésta a sus vidas, sin limitarse sólo a la dolencia, se produce un aumento cuantificable de la confianza y la observancia que permite que la persona usuaria y personal de salud hallen un terreno común para el tratamiento clínico y facilita la integración de la prevención y la promoción de la salud en la respuesta terapéutica. De este modo, la centralidad de la persona mejora de manera cuantificable la calidad de la atención, la eficacia del tratamiento y la calidad de vida de quienes se benefician de ese tipo de atención[66].

Desde este enfoque, el personal de salud debe entender a las personas de manera holística, tomando en cuenta sus problemas físicos, emocionales y sociales, su pasado y su futuro, y las realidades del mundo en que viven[67]. Situar a las personas en el centro de la atención en salud consigue que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos[68].

La atención centrada en la persona es comúnmente mal entendida como enfocarse en el individuo enfermo (el paciente) que busca atención, en contraste, la atención centrada en la persona abarca estos encuentros clínicos y también incluye la atención a la salud de las personas en sus comunidades y su papel crucial en la conformación de los servicios de salud[69].

Existe evidencia que sustenta la contribución del enfoque centrado en las personas a la calidad de la atención y el logro de mejores resultados (ver Recuadro 9).

Recuadro 9. Contribución del Enfoque de la Atención Centrado en las Personas

- mejora de la intensidad del tratamiento y la calidad de vida.
- mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de las personas usuarias.
- mayor satisfacción en cuanto a la comunicación.
- mejora de la confianza de la persona usuaria al tratar problemas delicados.
- aumento de la confianza y de la observancia del tratamiento.
- mejor integración de la atención preventiva y de promoción.

[66] OMS. La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca. Informe Mundial de la Salud. Ginebra, 2008
[67] OMS. La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca. Informe Mundial de la Salud. Ginebra, 2008
[68] OMS. La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca. Informe Mundial de la Salud. Ginebra, 2008.
[69] WHO, Western Pacific Region. People-Centered Health Care. A Policy Framework. Geneva, 2007.

FUENTE: OMS. La Atención Primaria de Salud- Más necesaria que nunca. Informe Mundial de la Salud. Ginebra. 2008.

La incorporación de este enfoque en los servicios de salud, permite el abordaje de los factores de comportamiento, biológicos, sociales, de género y del entorno. Además es imprescindible considerar a la familia, ya es la unidad fundamental del sistema social y es el más importante apoyo social disponible a las personas.

En la atención en salud la aplicación del enfoque de la Atención Centrada en las Personas tiene una serie de implicaciones, las cuales se describe a continuación: (ver Recuadro 10).

Recuadro 10. Implicaciones del Enfoque de la Atención Centrado en las Personas.

- visualizar a las personas como un todo, evitando el fraccionamiento de sus necesidades y problemas de salud, y reforzando la atención personalizada o individualizada, considerando el contexto familiar y comunitario.
- involucrar el respeto a las personas y sus decisiones por lo que la atención en salud debe ser segura y amigable, brindando soporte a los estilos de vida, familia, privacidad y dignidad de las personas.
- reconocer que las personas deben ser informadas y empoderadas en cómo promover y proteger su propia salud.
- se requiere la adherencia a intervenciones respaldadas en evidencia y compromiso con la calidad, seguridad y cuidados éticos.

FUENTE: Modificado de CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud Propuesta – DT.GM.DDSS.AAIP.230514. Costa Rica. 2014

La atención en salud brindada por los EI-SAM debe contar con el enfoque Atención Centrada a las Personas, considerando las poblaciones a las que pertenecen y los espacios geográficos donde viven, ya que es en éste contexto donde se expresan y puede facilitarse el abordaje de las personas. Por lo anterior, es fundamental la asignación de espacios-población (o área de atracción) definidos a los EI-SAM, para la identificación de las características particulares de la población objetivo de los Equipos, lo cual es clave este enfoque, facilitando la continuidad de la atención, condición fundamental para una atención integrada e integral.

Interculturalidad

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad[70]; desde la perspectiva de la atención en salud, es incorporar la cultura de la persona usuaria de los servicios de salud institucionales en el proceso de atención de salud[71].

La incorporación de la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran ciertas poblaciones[72].

[70] OPS/OMS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington D.C., 2008.
[71] Alarcón A. et al. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003; 131(9): 1061-1065.
[72] OPS/OMS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington D.C., 2008.

El tema de la pertinencia cultural en el proceso de atención de la salud, es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social de las personas usuarias como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad[73].

La incorporación de la perspectiva intercultural en la atención en salud de las personas usuarias implica, por parte del personal de salud, generar una relación horizontal con las personas usuarias, desarrollar formas de interacción basadas en el respecto, confianza y reconocimiento de sus particularidades, generando nuevos canales de comunicación que validen sus conocimientos y realidades, y disminuyendo las barreras culturales en el acceso de la atención en salud[74].

El éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”, aspectos fundamentales que debe tomar en cuenta el personal de salud en el momento de la atención a las personas usuarias[75].

Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre las personas usuarias y los/as profesionales de salud. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad de la personas usuarias considerando su contexto cultural en el que emerge dicho modelo. En otras palabras, las acciones de las personas usuarias frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural[76].

La incorporación del enfoque intercultural de la salud en la atención brindada por los EI-SAM, permite reconocer la importancia de caracterizar y valorar a las personas usuarias y comprender las dimensiones de su pertenencia étnica, cultura y cosmovisión[77], en relación su proceso salud-enfermedad.

Salud Mental

Para el abordaje de la salud mental por parte de los EI-SAM se toma como base los documentos elaborados por la OMS que fundamentan y enmarcan la atención en salud, los cuales son la clasificación diagnóstica del CIE-10[78] (específicamente el Capítulo V Trastornos Mentales y del Comportamiento) y la Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas[79], los cuales, además han sido asumidos como marco referencial de la atención en salud mental en nuestro el país.

[73] Alarcón A. et al. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003; 131(9): 1061-1065.
[74] OPS/OMS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington D.C., 2008.
[75] Alarcón A. et al. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003; 131(9): 1061-1065.
[76] Alarcón A. et al. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003; 131(9): 1061-1065.
[77] OPS/OMS. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington D.C., 2009.
[78] OMS. Clasificación de los Trastornos Mentales y del comportamiento CIE-10. Ginebra. 1994
[79] OMS. MhGAP Programa de Acción para superar las brechas de Salud Mental. Versión Provisional en Español. Ginebra. 2008

La Guía mh-GAP ha sido elaborada para facilitar la aplicación de intervenciones relacionadas en entornos de atención de salud no especializada[80].

Dicha Guía incluye algoritmos sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios según la OMS, los cuales incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas/suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente. Estos trastornos prioritarios fueron seleccionados por la OMS, por su gran carga en términos de mortalidad, morbilidad o discapacidad; además, tienen elevados costos económicos en la atención sanitaria brindada[81].

La Guía mhGAP es una herramienta para la toma de decisiones y el manejo clínico del profesional de salud, proporcionando una serie de buenas prácticas clínicas para la interacción de los/as profesionales de atención en salud con las personas que solicitan atención de salud mental. Además, provee información y consejo, en relación a puntos de decisión específicos y sobre las intervenciones psicosociales y farmacológicas pertinentes para cada caso. Dicha Guía se implementa principalmente por personal no especializado[82].

La Guía mhGAP indica cuándo se requiere acceder a los especialistas para realizar consultas o derivaciones, orientando la referencia y contrarreferencia de las personas usuarias con trastornos mentales, aspecto clave para la referencia de casos que correspondan a los EI-SAM, según criterios de referencia establecidos[83].

Consumo de sustancias psicoactivas

El modelo que sustenta el quehacer de los EI-SAM en la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, es el modelo biopsicosocial, el cual se enriquece con el aporte de diversos enfoques que hacen idónea la propuesta de tratamiento que la CCSS asume, como lo son: el enfoque transteórico, el enfoque motivacional, el enfoque de derechos humanos, el enfoque de género y el enfoque de reducción de daños y riesgos[84]. (Ver Recuadro 11)

Recuadro 11. Enfoques relacionados con el abordaje a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas

- El Enfoque Transteórico recoge e integra una gran variedad de principios teóricos provenientes de distintos enfoques y disciplinas, siendo por lo tanto un modelo muy dinámico y en constante revisión.
- El Enfoque Motivacional se basa en la entrevista motivacional, la cual es la forma concreta de ayudar a las personas que reconozcan y se ocupen de sus problemas presentes. Por lo tanto, esto resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio.
- El Enfoque de Reducción de daños y riesgos tiene como propósito minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

[80] OMS. MhGAP Programa de Acción para superar las brechas de Salud Mental. Versión Provisional en Español. Ginebra. 2008
[81] OMS. MhGAP Programa de Acción para superar las brechas de Salud Mental. Versión Provisional en Español. Ginebra. 2008
[82] OMS. MhGAP Programa de Acción para superar las brechas de Salud Mental. Versión Provisional en Español. Ginebra. 2008
[83] OMS. MhGAP Programa de Acción para superar las brechas de Salud Mental. Versión Provisional en Español. Ginebra. 2008
[84] CCSS. Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidores de Sustancias Psicoactivas. Costa Rica. 2011

- El Enfoque de Derechos Humanos hace énfasis en la dignidad humana de las personas consumidores de sustancias psicoactivas y la importancia del respeto de sus derechos humanos.

- En el Enfoque de Género se fundamenta en el reconocimiento de los factores diferenciados, relacionados con el género, que inciden en la problemática del consumo. Esto es necesario, no sólo para una mayor comprensión del fenómeno, de acuerdo al género, sino también para el establecimiento de estrategias de tratamiento efectivas que respondan a las diferentes necesidades de hombres y mujeres.

FUENTE: CCSS. Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidores de Sustancias Psicoactivas. Costa Rica. 2011

Cabe señalar, que para efectos del abordaje brindado por los EI-SAM en relación al consumo de sustancias psicoactivas, éste será con un énfasis en el abordaje de consumo de alcohol y tabaco, debido a que son las drogas de mayor prevalencia de consumo en el país.

El tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas se inicia desde el momento en que la persona accede a una instancia prestadora de atención. Dicho tratamiento incluye el diagnóstico, el abordaje y la integración social de las personas afectadas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, mediante la reducción de la dependencia a las sustancias psicoactivas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, el máximo aprovechamiento de las capacidades, el acceso a los servicios y oportunidades y la plena integración social[85].

En el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, la variabilidad de las intervenciones terapéuticas viene a ser la norma. Es necesario considerar las múltiples opciones de abordaje, sus diferentes orientaciones y fundamentación científica[86].

El carácter predominante de las intervenciones en el consumo de sustancias psicoactivas, se refiere al objeto sobre el cual recae la intervención, ya sea concebida en forma limitada a la persona consumidora o incluyendo su entorno[87].

Los tipos de intervención que se pueden utilizar en el abordaje de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas son: intervenciones no farmacológicas, intervenciones farmacológicas o combinadas.

En el abordaje se deben definir los objetivos del tratamiento, dicho abordaje incluye: la entrevista motivacional, las etapas de cambio, el modelo transteórico, enfoque de derechos humanos, enfoque de género y el enfoque de reducción de daños y riesgos.

En relación a las metas u objetivos que se proponen alcanzar mediante el tratamiento, se consideran las siguientes[88]:

- Reducción del consumo: se propone la disminución de la dependencia y la morbi-mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas mediante la reducción o eliminación del mismo.

[85] CICAD/OEA. Normas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia de las Drogas: Una experiencia en las Américas. Washington.1999
[86] CICAD/OEA. Normas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia de las Drogas: Una experiencia en las Américas. Washington.1999
[87] CICAD/OEA. Normas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia de las Drogas: Una experiencia en las Américas. Washington.1999
[88] CICAD/OEA. Normas de Atención para el Tratamiento de la Dependencia de las Drogas: Una experiencia en las Américas. Washington.1999

- Modificación de causas del consumo actual: se propone el abordaje de las causas antecedentes del consumo.
- Reducción de consecuencias del consumo: se propone la modificación de las consecuencias derivadas del consumo.

En el proceso de selección de la opción terapéutica más adecuada es necesario considerar el tipo y cantidad de sustancia psicoactiva consumida, el grado de compromiso funcional asociado, los trastornos o complicaciones médicas y/o psiquiátricas; así como el contexto social del individuo[89].

Para el abordaje del consumo de sustancias por los EI-SAM, se pueden utilizar los siguientes instrumentos:

- Instrumento ASSIST[90] como prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Instrumento AUDIT[91] o Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, para la valoración de personas usuarias con consumo de alcohol, identificando a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.
- El test Fagerstrom[92] o Test de la Dependencia de la Nicotina de Fagerstrom para la evaluación de la dependencia fisiológica de la nicotina.

En relación con la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés), este corresponde a un cuestionario dirigido a las personas consumidoras de sustancias, y debe ser administrado por un/a profesional en salud. El cuestionario consta de 8 preguntas y llenarlo toma entre 5 y 10 minutos aproximadamente[93]. Puede utilizarse para detectar el consumo de las siguientes sustancias[94]: (Ver Recuadro 12)

Recuadro 12. Sustancias identificadas por el instrumento ASSIST

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo Anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

FUENTE: OPS/OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en atención primaria. 2011.

[89] CICAD/OEA. Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington, 2003.
[90] OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra. 2011
[91] OMS. AUDIT: Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. Ginebra. 2001
[92] Fagestrom K.O., Shneider N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagestrom Tolerance Questionnarie. Journal of Behavoir Medicine, 12, 159-182. 1989
[93] OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra. 2011
[94] OPS/OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en atención primaria. 2011.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 8. Dicha puntuación final permite clasificar a las personas según el nivel de riesgo para cada sustancia en bajo, moderado o alto riesgo, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (no tratamiento, intervención breve o derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento, respectivamente)[95].

En relación a la técnica de Intervención Breve, esta se centra principalmente en modificar la conducta de las personas usuarias en relación con las sustancia psicoactivas utilizadas[96].

En general, las intervenciones breves consisten en una breve retroalimentación y consejo; la intervención breve vinculada a ASSIST dura alrededor de 3 a 15 minutos; sin embargo, pueden utilizarse los mismos principios en intervenciones más extensas o periódicas si el tiempo lo permite[97].

La intervención breve vinculada a ASSIST fue diseñada específicamente para las personas con riesgo moderado por el consumo de sustancias según las puntuaciones del ASSIST, y constituye una intervención apropiada en función de las necesidades de cada usuario[98].

En resumen, la intervención breve vinculada a ASSIST consta de 10 pasos principales sugeridos (o los cinco primeros pasos para una intervención más corta de tres minutos) según lo descrito a continuación[99]: (Ver Recuadro 13)

Recuadro 13. Pasos para realizar la Intervención Breve vinculada a ASSIST

1. Preguntar a las personas usuarias si están interesadas en ver sus puntuaciones del cuestionario.
2. Proporcionar retroalimentación personalizada a las personas usuarias sobre sus puntuaciones por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación.
3. Brindar consejo sobre cómo reducir los riesgos asociados con el consumo de sustancias.
4. Permitir a las personas usuarias responsabilizarse de sus decisiones.
5. Preguntar a las personas usuarias cuán preocupadas están por sus puntuaciones.
6 y 7. Analizar las cosas buenas acerca del consumo de sustancias contra las “cosas menos buenas” acerca del consumo de sustancias.
8. Resumir y reflexionar sobre lo que las personas usuarias han expresado acerca del consumo de sustancias haciendo hincapié en las cosas “menos buenas”.
9. Preguntar a las personas usuarias cuán preocupadas están por las “cosas menos buenas”.
10. Entregar a las personas usuarias los materiales para llevar a la casa con el fin de reforzar la intervención breve.

FUENTE: OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011

[95] OPS/OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en atención primaria. 2011.
[96] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[97] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[98] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[99] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011

El propósito de la Intervención Breve es ayudar a la persona usuaria a comprender que consumir sustancias la pone en riesgo, lo que a la vez puede servirle de motivación para que reduzca o deje de consumir sustancias. La intervención breve debe ser personalizada y brindar apoyo sin criticar o culpar al usuario[100].

Por otro lado, el Modelo Transteórico distingue cinco Estadios de Cambio, en relación a la disposición de cada persona usuaria a cambiar su conducta de consumo. Este modelo propone que las personas pasan por etapas discretas de cambio y que la evolución temporal de estas etapas no es lineal, sino espiral, es decir, la mayoría de personas no siguen un proceso unidireccional de avance. Un aspecto fundamental en la aplicación del Modelo Transteórico para ayudar a una persona en la modificación de su conducta adictiva, es reconocer el estadio, dentro del ciclo de cambio, en el que ésta se encuentra y comprender que es posible realizar intervenciones en cualquiera de los mismos. El siguiente recuadro muestra los estadios de cambio[101]. (Ver Recuadro 14)

Recuadro 14. Definición de los Estadios de Cambio

- Precontemplación: Es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.
- Contemplación: Es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- Preparación: Es el estadio en que las personas se encuentran preparadas para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.
- Acción: Es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan alrededor de 6 meses.
- Mantenimiento: Empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de éste estadio aún no está definida completamente y algunos autores consideran que el deseo no se extingue, sino que se controla.

FUENTE: CCSS. Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidores de Sustancias Psicoactivas. Costa Rica. 2011

La Intervención Breve tiene por objeto ayudar a las personas a que avancen de una etapa a otra del cambio, es decir de la etapa de precontemplación a la de contemplación, a la de preparación, a la de acción y por último a la de mantenimiento. El avance de la etapa de precontemplación a la de contemplación puede no resultar en una disminución tangible del consumo de sustancias; sin embargo, es un paso positivo que permitirá a las personas usuarias avanzar a la etapa de acción en el futuro[102].

Es importante destacar que no hay un período establecido para avanzar de una etapa a otra (puede ser de minutos a meses o a años), y que las personas avanzan y retroceden entre

[100] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[101] CCSS. Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidores de Sustancias Psicoactivas. Costa Rica. 2011
[102] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011

etapas. No obstante, puede que algunas personas pasen directamente de la etapa de precontemplación a la de acción después de la Intervención Breve[103].

Otra aspecto importante en el abordaje de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, es la aplicación de la Estrategia de Entrevista Motivacional (FRAMES por sus siglas en inglés), cuyo mensaje principal está dirigido a mostrar empatía, imparcialidad y objetividad en la presentación de la información pertinente a la persona usuaria[104].

La Entrevista Motivacional es un estilo de interacción centrada en la persona usuaria, el cual dirige a las personas a explorar y resolver su ambivalencia sobre el consumo de sustancias y a avanzar en las etapas de cambio. Es especialmente útil cuando se trabaja con personas en las etapas de precontemplación y contemplación, pero los principios y destrezas son importantes en todas las etapas[105].

La Entrevista Motivacional se basa en la comprensión de que el tratamiento eficaz ayuda a un proceso natural de cambio, y que esa motivación para el cambio ocurre en el contexto de una relación entre la persona usuaria y el/la profesional de salud, aunque el tiempo que compartan juntos sea breve[106].

Violencia

La violencia, es un serio problema de la salud pública con graves consecuencias para la integridad física y mental de quienes la sufren. Es de vital importancia que todos los sectores de la salud puedan trabajar juntos para buscar una solución a los problemas que conlleva[107].

Según la OMS, la violencia se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo/a, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daño psicológico y que no permita alcanzar su máximo desarrollo[108]. Otra definición de la violencia es, como un comportamiento deliberado que puede provocar daños físicos, psíquicos, por lo tanto es importante tener en cuenta que la misma va más allá de la agresión física, va desde el plano emocional hasta secuelas físicas y psicológicas[109].

La violencia no es solamente el reflejo de los problemas sociales, económicos o culturales sino que viene gestándose desde los primeros años de vida de cada ser humano, desde los valores

[103] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[104] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[105] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[106] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011
[107] Ministerio de Justicia y Paz. Informe estadístico 11 actualización: muertes violentas en Costa Rica: homicidio, femicidio, suicidio, muertes por accidentes de tránsito. Período 2008-2013. Costa Rica. 2014
[108] Rojas, M., et al. La Violencia Social en Costa. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004. 64p. 2004 Consultado el 08/09/2015 de: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org
[109] Hunh, S., et al. La percepción social de la inseguridad en Costa Rica, El Salvador y Nicaragua. Rev. Ciencias Sociales 122: 149-165. 2008

familiares, morales, hasta la indiferencia de nosotros mismos como seres humanos en la búsqueda del bienestar propio[110].

La violencia se reproduce a través de la ideología, de las instituciones, del imaginario social y grupal. Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales son dos de sus causas lo que explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia[111].

Existen dos tipos de violencia que son la violencia social y la violencia intrafamiliar (VIF). La violencia social se ve reflejada en las tasas de homicidios culposos y dolosos, accidentes de carreteras y vías ferroviarias y la percepción de la población con respecto a la seguridad ciudadana. La VIF es aquella violencia que se puede erradicar definitivamente de la sociedad y es aquella a la cual se le da el enfoque en el presente Manual.

Hoy en día, lamentablemente, la violencia se ve reflejada, principalmente en la población vulnerable, mujeres, las niñas y los niños, personas con discapacidad, adultos mayores, los indígenas y las minorías sexuales. Su calidad de vida, medido según indicadores de años de vida vividos con discapacidad y años de vida perdidos por muerte prematura, obliga a los diferentes países a replantear la forma de regular la salud[112].

En temas de derechos humanos, la violencia es una pandemia. Según estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas, en el año 2012, medio millón de personas perdieron la vida a causa de homicidios dolosos en todo el mundo. Más de la tercera parte (36%) fueron cometidos en el continente americano, 31% en África, 28% en Asia y en Europa un 5%[113].

Con respecto a las personas adultas mayores en Costa Rica, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) indica que en promedio, recibe a diario 8 llamadas por agresión hacia la persona adulta mayor. Durante el año 2014, unas 800 denuncias fueron enviadas a los tribunales de justicia y en 80 casos ya hubo sentencia[114].

Los casos más frecuentes de abuso y agresión hacia el adulto mayor son las fracturas, descuidos que provocaron caídas, negligencia, agresión patrimonial, violación de normas mínimas de autocuidado y situaciones de maltratos institucionales[115].

En relación a la población adolescente, la delincuencia juvenil es un fenómeno esencialmente urbano. La mayoría de las grandes ciudades latinoamericanas y del resto del mundo, comparten altos índices de violencia hacia los jóvenes. Resalta eso sí, el registro estadístico de los varones como actores y receptores principales de los actos de violencia, lo que denota en principio que el fenómeno debe analizarse desde una perspectiva sensible al género, a partir

[110] Ministerio de trabajo y Seguridad Social, et al. Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación sexual, trata trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso. Costa Rica. 2014
[111] Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo. Secretaría de Salud. México. 2009
[112] Espinoza, A. Estudio de carga enfermedad en Costa Rica. Ministerio de Salud. Costa Rica. 2008
[113] Ministerio de Justicia y Paz. Informe estadístico 11 actualización: muertes violentas en Costa Rica: homicidio, femicidio, suicidio, muertes por accidentes de tránsito. Período 2008-2013. Costa Rica. 2014
[114] Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Tomado de: http://www.conapam.go.cr/informe-2013/, consultado el 10/09/15
[115] Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Tomado de: http://www.conapam.go.cr/informe-2013/, consultado el 10/09/15

de los patrones de socialización que conlleva. La violencia juvenil como fenómeno causante de alarma social, es un hecho relativamente reciente en el país[116].

Es a principios de la década de los años 90 que surgen los primeros grupos más o menos organizados de jóvenes que asaltan a transeúntes, especialmente en el centro de la ciudad de San José. A partir de allí, la opinión pública comienza a prestar atención al fenómeno, que se reproduce con mayor o menor intensidad en otras partes del país, y especialmente en el Gran Área Metropolitana[117].

Desde entonces, han surgido focos de delincuencia juvenil con cierto nivel de organización en diferentes comunidades del país, entre ellas Rincón Grande de Pavas, Los Guido, Alajuelita, Cartago Centro, Cot de Cartago, San Carlos, Limón. En general esos grupos de jóvenes se constituyen en principio como barras, grupos más o menos laxos de jóvenes, en los que predominan los varones, y que son jefeados por uno o dos de ellos, generalmente de mayor edad que los demás. Barras relativamente grandes (de hasta 100 jóvenes) se han involucrado en enfrentamientos con otras barras vecinas o con la policía en Rincón Grande de Pavas. Las barras, en su estado de núcleo básico de una docena o menos miembros pueden involucrarse en actos delictivos menores, o dedicarse al asalto y el robo, lo que en Costa Rica no sucede en forma sistemática[118].

Para enfrentar la violencia en Costa Rica, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Justicia y el Poder Judicial, en cumplimiento del marco jurídico y legal establecidos en la Declaración de los Derechos Humanos y la Constitución Política de Costa Rica vigente, busca garantizar la protección social, económica y jurídica de los derechos de los ciudadanos, sobretodo de mujeres que han sido y siguen siendo agredidas dentro del ámbito de su familia, jóvenes, adolescentes, niñas o niños que son agredidos, personas de la tercera edad y personas con retos especiales que viven situaciones de violencia[119].

Actualmente, existen protocolos, sistematización en red e instructivos interinstitucionales que buscan brindar lineamientos que orienten los procesos de atención y aseguren una adecuada respuesta a las necesidades de las personas expuestas a la Violencia intrafamiliar, que acuden a los servicios de la Red de Salud, asegurando la calidad, pertinencia cultural y de género de la atención que se brinde[120].

Ante la violencia, los/las funcionarios/as públicos tienen el deber de:

- Brindar atención interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.
- Brindar atención de salud requerida según las lesiones que presente la víctima y en caso necesario se refiere a un nivel de mayor resolutividad.

[116] Rojas, M., et al. La Violencia Social en Costa. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004. 64p. 2004 Consultado el 08/09/2015 de: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org
[117] Rojas, M., et al. La Violencia Social en Costa. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004. 64p. 2004 Consultado el 08/09/2015 de: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org
[118] Rojas, M., et al. La Violencia Social en Costa. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004. 64p. 2004 Consultado el 08/09/2015 de: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org
[119] Rojas, M., et al. La Violencia Social en Costa. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004. 64p. 2004 Consultado el 08/09/2015 de: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org
[120] Rojas, M., et al. La Violencia Social en Costa. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica: OPS, 2004. 64p. 2004 Consultado el 08/09/2015 de: www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

- Brindar procesos de consejería que orienten las acciones necesarias para la protección integral de la persona que está viviendo la violencia, sin exclusión de ningún tipo y con respeto a los valores culturales y religiosos de las personas.
- Organizar y facilitar grupos de autoayuda para padres y madres de familia en aspectos de educación no violentas, grupos de víctimas de VIF y de trabajo con agresores.
- Atención por parte de un psicólogo/a y de Trabajo Social en casos de atención de primer orden
- Organizar una red de apoyo comunitario a víctimas de VIF con el apoyo de Trabajo Social.

Según los principios de atención en violencia, que son formas de pensar, sentir y actuar que deben asumir los funcionarios/as públicos al brindar atención a las víctimas, los cuales son[121]:

- Interés superior: Toda acción pública o privada concerniente a una persona menor de dieciocho años deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano en procura del pleno desarrollo personal.
- No discriminación: Ninguna persona puede ser discriminada por razón de sexo, color, raza, religión, origen nacional, étnico o social, idioma, opinión, algún tipo de discapacidad, condiciones sociales, económicas o personales de las víctimas o sus familias.
- No Re victimización: Se debe garantizar que la persona atendida no sea víctima una y otra vez, evitando que sea sometida a múltiples interrogatorios y/o entrevistas, exámenes o declaraciones que pudieran afectar su integridad y salud mental.
- Confidencialidad: Toda la información deberá ser manejada de una manera reservada y exclusivamente para los fines de la investigación o del proceso respectivo a fin de evitar todo tipo de injerencias arbitrarias en su vida privada, resguardar su integridad y proceso de recuperación y reinserción social.
- En caso de las Personas Menores de Edad:
    - Participación: Las opiniones y necesidades de las víctimas deben tomarse en consideración en las decisiones que las afecten y recibir información clara y precisa de los procedimientos que se lleven a cabo.
    - Autonomía progresiva: La autonomía progresiva dota a los/las niños/as de una voluntad que se les reconoce como propia basada en el reconocimiento de una identidad con valores propios.
    - De acuerdo a las más recientes investigaciones en neurodesarrollo, se debe tomar en cuenta la etapa que el/la niño/a está viviendo, al tomar decisiones que concernientes a su vida.

La consejería es una herramienta de atención a víctimas de VIF, en la que por medio de la comunicación interpersonal, el consejero/a capacitada, orienta a la persona para tomar decisiones sobre lo que desea y puede hacer para enfrentar la situación de VIF que está sufriendo[122].

[121] UNICEF, Rectoria Sector Social y Lucha contra la Pobreza, Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, PANI y Mideplan (2009) Política para la niñez y la adolescencia Costa Rica 2009-2021

[122] UNICEF, Rectoria Sector Social y Lucha contra la Pobreza, Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, PANI y Mideplan Política para la niñez y la adolescencia Costa Rica 2009-2021. 2009

El Acoso Escolar o Bullying (en inglés) es otro aspecto fundamental de abordaje, debido a que es otra manifestación de violencia dentro de nuestra sociedad y que se encuentra actualmente en aumento en los centros educativos del país.

El Acoso Escolar o Bullying se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones verbales, psicológicas o físicas para lastimar y dominar a otro niño, niña o adolescente, sin que hayan sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse. Los participantes en el acoso escolar se pueden clasificar en cuatro categorías: "agresor" (bully), "víctima", "víctima-agresor", y el "neutro" (compañero no implicado en el fenómeno de acoso). Las edades en que se presenta el bullying oscilan entre los 6 a los 18 años. Es más frecuente encontrar las formas de bullying que involucra la agresión física en hombres y la agresión verbal en las mujeres[123].

La conducta del bullying se clasifica en cuatro categorías[124]:

- El bullying físico, que es la agresión física como golpear, patear, escupir o empujar.
- El bullying verbal, que se refiere a la agresión verbal como burlarse del nombre, insultar, amenazar o llamar por el nombre.
- Exclusión social, que trata de herir a las víctimas lastimando a sus amigos/as, obligando a los demás a ignorar a la víctima, crear rumores sin fundamento entre sus amigos/as o maestros/as o amenazar con herir a otros si intenta hacerse de amigos/as.
- Extorsión, que consiste en pedir dinero o la merienda.

El cyberbullying se refiere la realización de agresiones contra otra persona mediante el envío o publicación de material dañino o la implicación de otras formas de agresión social usando Internet u otras tecnologías digitales[125].

El cyberbullying es un término muy novedoso y poco estudiado y lo define como una forma de intimidación que involucra el uso de medios electrónicos como el uso del celular o los medios sociales como el Twitter, Facebook, Hi-5 o el uso del chat para lastimar a otros/as compañeros/as en igualdad de condición[126].

Una forma poco estudiada de bullying, es el llamado por su nombre en inglés, "dating violence" que la literatura científica define como los comportamientos violentos que se producen en las relaciones de pareja de los adolescentes. Es importante estudiarlas, ya que es clave para desarrollar su concepto sobre las relaciones sentimentales. En éste tipo de bullying median las agresiones físicas, verbales, psicológicas, sexuales y aquellas indirectas mucho más difíciles de evaluar, e incluso algunos estudios exponen que los adolescentes implicados en violencia

[123] Albores-Gallo. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. Salud Publica Mex 2011; 53:220-227. México. 2011

[124] Eadaoin, Hui. Combating School Bullying through Developmental Guidance for Positive Youth Development and promoting Harmonious School Culture. The Scientific World JOURNAL (2011) 11, 2266–2277. 2011

[125] Ortega, Rosario. Actuando contra el Bullying y la violencia escolar: El papel de los medios de comunicación, las autoridades locales y de Internet [E_Book]. Tomado de http://www.bullying_in_school.info.

[126] Wang, Jing. Cyber Bullying and Traditional Bullying: Differential Association with Depresión. J Adolesc Health. 2011 April ; 48(4): 415–417. 2011

durante la infancia suelen manifestar también comportamientos violentos en las primeras relaciones sentimentales[127].

El éxito en el manejo del bullying ha dependido mucho de la actitud del personal de la escuela o colegio en querer acabar con el problema mediante planes de convivencia sana entre los alumnos. Hay que integrar a los padres y madres, que es el paso más difícil ya que es común encontrar la negación en ellos (comportamiento que aún es difícil de entender). Muchos maestros han decidido no intervenir por miedo a perder sus trabajos, o ven el bullying como algo que siempre ha existido[128].

En cuanto a la víctima, es importante enseñarles a ser asertivos. Se le ha puesto mucho énfasis hoy en día, a la inteligencia emocional, como una forma de afrontar el bullying con altos resultados favorables. Además, ésta les permite resaltar sus fortalezas y estimula la competencia[129].

Debido al aumento de las manifestaciones de violencia como la Violencia Intrafamiliar, la Trata de Personas, el Acoso Escolar, entre otras, es fundamental que los/las miembros de los EI-SAM cuenten con las herramientas requeridas para el abordaje en salud de estas problemáticas que impactan directamente en la calidad de vida y por lo tanto en la salud de las personas usuarias.

Caracterización de los EI-SAM

Los EI-SAM son equipos interdisciplinarios donde integran conocimientos y destrezas para ofrecer una atención integrada y oportuna[130]. Este Equipo brinda un novedoso abordaje integral de diversos trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y situaciones violencia.

Los EI-SAM están conformados por profesionales de salud de diversas disciplinas:

- Psicología
- Trabajo Social
- Enfermería Especialista en Salud Mental y Psiquiatría
- Medicina General

Además de personal de salud administrativo que brinda soporte y apoyo en el proceso de atención de los EI-SAM.

La interdisciplinaridad de los EI-SAM, permite contar con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones para interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas. Permite que las habilidades aportadas

[127] Wang, Jing. School Bullying Among Adolescents in the United States: Physical, Verbal, Relational, and Cyber. Journal of Adolescent Health 45 (2009) 368–375

[128] Eadaoin, Hui. Combating School Bullying through Developmental Guidance for Positive Youth Development and promoting Harmonious School Culture. The Scientific World JOURNAL (2011) 11, 2266–2277. 2011

[129] Eadaoin, Hui. Combating School Bullying through Developmental Guidance for Positive Youth Development and promoting Harmonious School Culture. The Scientific World JOURNAL (2011) 11, 2266–2277. 2011

[130] Modificado de: OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C., 2010.

por los diversos profesionales aumenten su capacidad de respuesta, así mismo potenciando la innovación de las intervenciones de cada uno de sus miembros, permitiendo de esta manera brindar respuestas integrales[131].

El concepto de equipo interdisciplinario, se entiende a partir del concepto de disciplina, la cual constituye un conjunto de técnicas, basadas en una teoría o imagen del mundo, cuya práctica exige estudio y concentración y se enfoca hacia una parte de la realidad; la interdisciplinaridad hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad[132], manteniendo cada disciplina sus aspectos teóricos o empíricos respectivos, conservando la especificidad de sus esquemas conceptuales, procedimientos científicos y el respeto mutuo de los objetivos y prácticas[133].

Los EI-SAM se caracterizan por la autonomía relativa de cada profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno/a); la interdependencia entre los/as profesionales en la ejecución de las acciones, así como, la interdisciplinariedad, la horizontalidad, la flexibilidad, la creatividad y la interacción comunicativa[134].

Los EI-SAM son equipos de salud, los cuales no se constituyen solo mediante la yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que los/as miembros del EI-SAM asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los/as profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical[135].

Los EI-SAM no se definen por el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población que atienden, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades de la persona usuaria, la familia y la comunidad[136].

Características de la atención

La atención en salud otorgada por los EI-SAM tendrá un enfoque centrado en las personas, la familia y la comunidad, es decir, debe considerar las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su curso de vida. Los servicios de salud brindados deben incorporar los enfoques interculturales, –perspectiva de género, derechos humanos y la atención en salud centrada en las personas, adaptando la atención brindada a las necesidades en salud de las personas usuarias (ver Apartado Marco Conceptual). Además el personal de salud de los EI-SAM debe contar con empatía, respeto y

[131] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[132] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[133] Modificado de: Criado M y Barchietto AM. Importancia del enfoque interdisciplinario en la evaluación forense del abuso sexual infantil. Cuadernos de Medicina Forense. Año 4, No. 2 (31-33). Buenos Aires, 2005.
[134] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[135] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[136] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008

confianza hacia las personas; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el personal de salud y la persona usuaria[137].

Desde este enfoque centrado en las personas, la prestación de servicios de salud brindada por los EI-SAM debe considerar a las poblaciones a las que pertenecen y los espacios geográficos donde viven, ya que es en éste contexto donde se expresan y puede facilitarse el abordaje de los determinantes de la salud.

Los EI-SAM constituyen equipos interdisciplinarios donde integran conocimientos y destrezas de sus miembros, ofreciendo una atención integrada y oportuna a las personas.

La prestación de servicios de salud brindada por los EI-SAM, los obliga a potenciar la colaboración, la comunicación y coordinación de los miembros de los EI-SAM, así como con los de los diversos establecimientos de salud de la Red de Servicios de Salud.

La comunicación eficaz de los/as miembros de EI-SAM, es esencial para realizar una atención de salud de alta calidad, mejoran con ello, la satisfacción de la persona usuaria, su comprensión, su adherencia terapéutica, entre otros. La comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del Equipo[138].

Objetivo de la atención

Fortalecer la detección, atención y seguimiento de las personas usuarias con trastornos mentales y del comportamiento, consumidoras de sustancias psicoactivas y en situaciones de violencia.

Recursos requeridos

Para el adecuado funcionamiento de los EI-SAM, los mismo requieren de una serie de recursos necesarios (recursos humanos, de infraestructura y equipamiento básicos), que los permitan cumplir la atención en salud requerida por las personas usuarias según estándares establecidos. Dichos recursos requeridos se detallan a continuación.

Recurso Humano

Los EI-SAM requieren de una diversidad de perfiles del personal de salud necesario para su funcionamiento, incluyen el personal de salud profesional para la atención directa de las personas, así como, personal de apoyo administrativo, los mismos deben cumplir con los requisitos y funciones definidas por la normativa institucional[139]. Dichos perfiles del personal de salud se indican a continuación:

[137] OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C. 2010
[138] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[139] CCSS. Manual Descriptivo de Puestos. 2015

- Profesional en Medicina General
- Profesional de Enfermería especialista en Salud Mental y Psiquiatría
- Profesional en Trabajo Social 3 ó 4, según corresponda
- Profesional en Psicología 2
- Asistente Técnico de Redes 1

Competencias

Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que conducen a un desempeño adecuado y oportuno[140] por parte de los/AS miembros de los EI-SAM.

La adecuada dotación de recurso humano es fundamental para el funcionamiento de los EI-SAM, cuyos perfiles se mencionaron anteriormente, sin embargo las competencias requeridas por parte de dicho recurso humano son también indispensables; entendiendo el concepto de competencias como características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole[141].

Los/las miembros de los EI-SAM deben contar con competencias clínicas para dar respuesta oportuna[142]. Además, otras competencias necesarias y novedosas con los que debe contar son: una perspectiva sistémica, habilidades de negociación y resolución de conflictos, facilidad para el trabajo en equipo, un pensamiento interdisciplinario, capacidades para el mejoramiento continuo de la calidad y gestión de redes[143], contar con habilidades de liderazgo, con visión de Red de Prestación de Servicios de Salud y trabajo cooperativo, entre otras.

Infraestructura Básica

El EI-SAM necesita de infraestructura básica para el adecuado cumplimiento de sus funciones, el cual se detalla de manera general a continuación según tipo de profesional de salud, siendo que este aspecto debe ser definido por otras instancias institucionales.

En general la infraestructura requerida por los EI-SAM debe cumplir con la legislación y normativa actual, como es el caso del Decreto Nº 30571-S (Ministerio de Salud, 2002) dónde se publica el Reglamento de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines, se indica que entre los establecimientos dedicados a la atención en salud, se encuentran todos aquellos relacionados con trastornos psicológicos y de la conducta (en el decreto recibe el código B219), a su vez la Ley General de Salud (Asamblea Legislativa, 1973) en su artículo 69 sienta las bases para considerar a estos (establecimientos) como sanitarios.

[140] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[141] OPS/OMS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C. 2008
[142] OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C. 2010
[143] OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C. 2010

Además dicha infraestructura debe cumplir con la legislación nacional en lo referente a seguridad, prevención y minimización de riesgos de accidentes y desastres, tales como incendios, temblores, entre otros. Debe cumplir con la ley 7600 (Ley de Igualdad de Oportunidades) en lo referente a la infraestructura para brindar la oportunidad de acceso y tránsito por todo tipo de personas usuarias. Además, con los lineamientos municipales respecto a los permisos de funcionamiento, así como cumplir con la "Norma General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines", de la Ley General de Salud. Así como con lo establecido institucionalmente por Salud Ocupacional según los perfiles de puesto de cada miembro del Equipo.

Los requerimientos de infraestructura básica, necesaria para cumplir de las funciones de los/las miembros de los EI-SAM, según su perfil son: (ver Figura 1)

Figura 1. Infraestructura básica requerida por los EI-SAM según perfil del personal de salud

Todos los miembros del EI-SAM en general	**Medicina**	**Enfermería**	**Psicología**	**Trabajo Social**	**Personal Administrativo de REMES**
-Espacio físico para la atención de las personas usuarias -Sala de espera para las personas usuarias -Espacio físico para archivo de Expediente de Salud -Contar con una adecuada ventilación e iluminación, preferiblemente natural. – Consultorios para la atención de las personas usuarios para los cuatro profesionales en salud del Equipo, según normativa vigente -Estar pintado en colores claros que reflejen la luz y brinden un ambiente cálido y amable. -Que garantice la seguridad del/la profesional en salud que realiza la atención. –Acceso a servicios sanitarios completos con inodoro y lavatorio para los personas usuarias y los/as miembros del EI-SAM –Acceso a comedor para los/as miembros del Equipo. –Espacio físico para	-Consultorio para la atención de las personas usuarias con adecuada ventilación, iluminación; que garantice la privacidad e intimidad de la persona usuaria tanto visual como auditiva, hacia y desde otros locales o circulaciones; debe contar con doble puerta y que no sea de vidrio por seguridad, según normativa vigente.	-Consultorio para la atención de las personas usuarias con adecuada ventilación, iluminación; que garantice la privacidad e intimidad de la persona usuaria tanto visual como auditiva, hacia y desde otros locales o circulaciones; debe contar con doble puerta y que no sea de vidrio por seguridad, según normativa vigente.	–Contar con un armario con seguridad para el almacenamiento de pruebas psicológicas u otro instrumental, un mueble donde colocar juguetes y otros materiales para la atención de personas menores de edad y de las personas usuarias en general. (indicaciones emitidas por el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (2009))	-Consultorio para la atención de las personas usuarias con adecuada ventilación, iluminación; que garantice la privacidad e intimidad de la persona usuaria tanto visual como auditiva, hacia y desde otros locales o circulaciones; debe contar con doble puerta y que no sea de vidrio por seguridad, según normativa vigente.	-Espacio para archivo de expedientes de salud -Espacio para la atención de las personas usuarias según estándares institucionales y de protección

las sábanas sucias y limpias –Cumplimiento de la Ley 7600 y normativa vigente –Espacio para atención grupal de las personas usuarias –Espacio físico para reuniones del Equipo y sesiones clínicas					

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Equipamiento Básico

Los requerimientos de equipamiento básico, necesario para cumplir con las funciones de los miembros de los EI-SAM, según su perfil son: (ver Figura 2)

Figura 2. Equipamiento básico requerido por los EI-SAM según perfil del personal de salud

Todos los miembros del EI-SAM en general	**Medicina**	**Enfermería**	**Psicología**	**Trabajo Social**	**Personal Administrativo de REMES**
-Computadora con equipo de ofimática reciente (para cada miembro del EI-SAM) -Impresora -Fotocopiadora -Escáner -Proyector Video Beam -Computador portátil -Suministros de oficina: lápices, lapiceros, lápices de color, marcadores, crayolas, pinturas de agua, ampos, etc. -Papelería: hojas blancas, hojas de color, papel de construcción, cartulinas, etc. -Material de apoyo para los y las usuarias (para fotocopiar y elaborar e imprimir institucionalmente) -Papelógrafo o rotafolio -Acceso a internet -Acceso a bases de datos científicas -Teléfonos -Reproductor de DVD - Equipo de sonido para CD, USB, puerto DOCK y bluetooth. -Parlantes -Entre otros	- Camilla baja ergonómica con colchoneta ergonómica - Equipo de diagnóstico (oftalmoscopio y otoscopio) - Esfignomanómetro - Estetoscopio -Glucómetro -Cintas para glucómetro -Cinta métrica -Guantes de látex (sépticos y asépticos) -Martillo de reflejos -Cubre bocas -Formularios institucionales: referencias y contrarreferencias, talonario incapacidades citas, interconsultas, solicitud de electrocardiografías, solicitud de exámenes de laboratorios, solicitud de estudios radiológicos, solicitudes de TAC, órdenes de ambulancia y órdenes de hospitalización, órdenes de inyectables y	-Acceso a Vehículo para consulta domiciliar - Quemadores de esencias para realizar terapia de relajación - Camilla baja ergonómica con colchoneta ergonómica. - Formularios institucionales: hojas de evolución, notas de Enfermería, referencias, epicrisis, hoja de signos vitales - Colchoneta de reemplazo	-Instrumentos de medición psicológicos sugeridos para el acervo de evaluación de psicología, incluyendo sus respectivos software de calificación (ver Recuadro 15) -Materiales para terapia de juego: juguetes de todos los tipos, juguetes con sexo correcto (con genitales) libros de cuentos, títeres, recipientes para guardar los juguetes, etc.	-Acceso a Vehículo para consulta domiciliar	-Papelería de Registros Médicos y Estadísticas -Agendas de los profesional de salud -Archivo para expedientes -Papelería para confeccionamiento de expedientes

	recetarios (blancos, de hospital, psicotrópicos y estupefacientes)				

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Recuadro 15. Listado de Instrumentos de medición psicológicos requeridos por parte de los/las profesionales en Psicología de los EI-SAM

- Incluyendo los respectivos software de calificación.
- **Escalas, inventarios o instrumentos breves:**
  - SCID-II
  - MDI
  - Escala de Probabilidad de Suicidio (*)
  - BDI-II (*)
  - BAI (*)
  - Escalas de Depresión de Beck, de Hamilton y Zung
  - Children Depression Inventary
  - Escala del Estrés de Manuel Solano
  - Bender
  - Criterios del Hospital del Mar para la Evaluación Clínica de la Laxitud Articular
  - Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)
  - Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN)
  - Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown
    Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
  - Y-BOCS
  - Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
    Clinician Administered PTSD Scale, (CAPS)
  - Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)
  - Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)
  - Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT
    Eight-Item Treatment-Outcome in Post-traumatic Stress Disorder Scale, TOP-8
  - Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático
    Duke Global Rating Scale for PTSD (DGRP)
  - Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson
  - Cuestionario de Screening de Ansiedad (Anxiety Screening Questionnaire, ASQ-15)
  - Inventario de evaluación del TAG (GADI)
  - Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)
  - Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (Brief Scale for Anxiety, BSA)
  - Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (Panic and Agoraphobia Scale, PAS)
  - Cuestionario Médico (Physician Questionnaire, PQ)
  - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)
  - Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización
  - Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ)
  - Trastorno de Pánico
  - Escala de Ansiedad Clínica (Clinical Anxiety Scale, CAS)
  - Escalas de dolor, Escalas de valoración de sobrevivientes de abuso, Modelo CASIC
- **Pruebas psicológicas:**
  - Personalidad, afecto y pensamiento:
    - Rorschach (*)
    - MMPI-II (*)
    - MCMI-III (*)
    - MACI
  - Diagnóstico de simulación: MFAS – T (*)
  - Neuropsicológicas:
    - Neuropsi Atención y Memoria (*)
    - Test de atención d-2 (*)

- Stroop (*)
- Trail Making
- Woodcoock (BATERIA III) (*)
- WISC-IV
- WAIS-III
- Escala de memoria Wechsler-III (*)
- Boston
- Cumanín
- Luria- DNA
- Luria inicial
- Rey
- Tavec
- WCST

- Inteligencia:
  - WPPSI-IV (*)
  - WISC-IV (*)
  - WAIS-III (*)
  - TONI-II (Test de inteligencia no verbal) (*)
  - Batería de evaluación de Kaufman para niños K-ABC (*)
  - Test breve de inteligencia Kaukman K-BIT
- Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (*)
- ADI-R Entrevista para el diagnóstico del autismo-Revisada (*)
- Escalas de dolor
- Escalas de valoración de sobrevivientes de abuso
- Modelo CASIC

FUENTE: CCSS.DDSS.2015
(*) Instrumentos de medición Psicológica básicos para el/la profesional de Psicología de los EI-SAM

Oferta de servicios de los EI-SAM

Los EI-SAM brindan una oferta de servicios definida, basada en la atención directa a personas de cualquier edad con consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en consumo de alcohol y tabaco, al ser las de mayor prevalencia de consumo en el país[144], trastornos mentales y del comportamiento y con comorbilidad de situación de violencia referidas, según criterios de referencia establecidos; así como la realización de una serie de funciones claves para su funcionamiento, siendo su prioridad la atención de las personas usuarias.

Se define que la duración máxima de tiempo de atención brindada por los EI-SAM es de ocho meses, según los objetivos terapéuticos establecidos por los Equipos previo al abordaje interdisciplinario.

Tipo de Atención

En el caso de los EI-SAM su atención en salud se limita una atención en Consulta Externa, la cual se entiende como: el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada, y en un tiempo determinado para recibir la información necesaria[145].

[144] IAFA. Encuesta Nacional año 2010. Costa Rica, 2012.
[145] CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS – DT.GM.091214. Costa Rica. 2014

Dicha atención se brinda en el consultorio del establecimiento de salud con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de salud de las personas[146] y según criterios de referencia establecidos. Los elementos claves que caracterizan la Consulta Externa son: (ver Cuadro 2)

Cuadro 2. Elementos que caracterizan la Consulta Externa

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Agenda	Con carácter de estabilidad y acorde a un sistema de información integrado
Horario programado	Ordinario
Tiempo de Consulta	Programado conforme a estándares institucionales
Cita	Programada, por demanda, recargo o sustitución.
Identificación de la consulta	Acorde al recurso humano (profesional calificado) que imparte la atención
Registro de la atención	Expediente Digital Único de Salud (EDUS) / Registro estadístico

FUENTE: CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS – DT.GM.091214. Costa Rica. 2014

El tipo de consulta externa brindada por los EI-SAM es definida por la cantidad de personas que reciben la atención, y puede ser consulta externa de tipo grupal (atención impartida a varias personas usuarias e incluye la consulta familiar.) y/o individual (atención impartida a una persona usuaria)[147].

Además, puede ser impartida por profesionales de salud en medicina y/u otro profesional de la salud, como: enfermería especialista en salud mental y psiquiatría, trabajo social y psicología[148].

Esta consulta externa es de tipo unidisciplinario (atención impartida por un/a profesional de salud.) y/o multidisciplinaria (atención impartida por más de un profesional de salud de diferente disciplina)[149,150].

En el caso de atención de emergencias y/o internamiento será referido a según la Red de Servicios de Salud de la CCSS que cuenten según su complejidad y servicios brindados con lo requerido para la atención de las personas, según sus necesidades.

Valoración Inicial

Los EI-SAM realizan una valoración inicial o evaluación preliminar para la atención de las personas referidas, por parte de los Establecimientos de Salud de Red de Servicios de Salud de la CCSS, según criterios explícitos de referencia.

[146] CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS – DT.GM.091214. Costa Rica. 2014
[147] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012.
[148] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012.
[149] Modificado de: CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS – DT.GM.091214. Costa Rica. 2014
[150] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012.

Dicha valoración inicial se brinda por el/la profesional en Medicina del EI-SAM, en horario ordinario, a demanda y según programación.

El proceso de atención de la valoración inicial comienza con la recepción de la referencia al EI-SAM por parte del Asistente Técnico de REDES, quien realiza verificación de la documentación, pertinencia al Equipo y traslada al profesional de Medicina para valoración inicial, según programación.

La primera acción por parte del/la profesional en Medicina durante la valoración inicial, es determinar si la referencia recibida es pertinente para el EI-SAM según criterios de referencia claramente establecidos, o si por el contrario, no cumple con dichos criterios de referencia y se requiere realizar contrarreferencia al Establecimiento de Salud correspondiente.

Para aquellas personas que se determine que sí cumplen con los criterios de referencia para la atención del EI-SAM se realiza una valoración clínica preliminar que ordena la atención de las personas en función su riesgo o severidad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendida con el recurso apropiado[151].

Para el caso de las personas referidas por Trastorno por Uso de Sustancias (según criterios de referencia establecidos), serán atendidas por el EI-SAM según puntaje obtenido en la prueba ASSIST[152], aplicado por el/la profesional de medicina que realiza la valoración inicial, siendo que únicamente se atenderán por este Equipo las personas con puntaje de consumo de riesgo moderado o alto.

En el caso de la personas usuarias con consumo de riesgo moderado según el ASSIST[153], el/la profesional de Medicina debe realizar la Intervención Breve[154] correspondiente y dar de Alta a la persona usuaria y con su respectiva contrarreferencia al Nivel de Atención respectivo.

Posterior a la valoración inicial del/la profesional de Medicina, el mismo/a definirá la priorización en la asignación de citas al profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (según Cuadro 3), quien es el gestor/a de casos del Equipo, para consulta por primera vez (ver Apartado Gestión de Casos), con el objetivo de contar con una valoración con mayor profundad por parte de Enfermería, para su posterior presentación del caso al EI-SAM en sesión clínica y definición del plan de tratamiento requerido.

Los objetivos primordiales de esta valoración inicial son:

- Verificar el cumplimiento de los criterios de referencia establecidos para los EI-SAM.
- Identificar y priorizar la condición de riesgo o severidad de las personas usuarias (según cuadro 3)

[151] CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS – DT.GM.091214. Costa Rica. 2014
[152] OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Ginebra. 2011
[153] OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Ginebra. 2011
[154] OPS/OMS. Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso de atención primaria. 2011

- Asignar citas, según priorización (ver Cuadro 3), al profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría para consulta por primera vez, atendiendo con mayor prontitud a las personas que presenten condiciones con mayor riesgo para evitar que su condición de salud se deteriore o afecte negativamente[155].
- Realizar intervenciones iniciales según necesidades de la persona usuaria, cuando corresponda.

Durante la valoración inicial el/la profesional en Medicina debe valorar la condición biopsicosocial de la persona usuaria, incluyendo: necesidades de medicación, exámenes de laboratorio y/o gabinete, requerimiento de incapacidades, internamiento y/o traslado al Servicio de Emergencias en caso necesario, intervención en crisis (primeros auxilios psicológicos[156]), entre otros.

La Priorización para la atención de los casos y su respectiva asignación de citas, se define según los siguientes aspectos: (ver Cuadro 3)

Cuadro 3. Priorización del riesgo de las personas atendidas en Valoración Inicial de los EI-SMAV

Priorización	Indicadores	Tiempo de la atención	Acción
Rojo	• Presentan comportamiento agresivo que atente contra la integridad física de si mismo/a u otras personas • Experimentan ideación suicida (con un plan estructurado), gesto y/o ideación homicida • Con ideas delirantes y/ o alucinaciones, u otros elementos que evidencien posibles estados psicóticos y/o de manía. • Intoxicación por sustancias psicoactivas según criterio médico. • En el caso de situaciones actuales de violencia, que evidencien peligro inminente de muerte o de ataque físico muy severo y según criterio del profesional de salud.	Atención e intervención inmediata	• Implementar plan de emergencias y Primeros Auxilios Psicológicos[157] cuando corresponda • Traslado al servicio de emergencias correspondiente, cuando corresponda • Coordinación interinstitucional cuando corresponda • Referencia a un Nivel de Atención de mayor complejidad cuando corresponda • En caso de situaciones actuales de violencia se debe asegurar la protección de la víctima. • Realizar la notificación obligatorio y denuncia cuando corresponda
Amarillo	• Trastorno mentales y del comportamiento con alteración significativa en su calidad de vida, según criterio del/la profesional de salud • Consumidores de sustancias psicoactivas en estadio de	Atención a la brevedad posible	• Asignación de citas a la brevedad posible con el/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría • En caso de situaciones actuales de violencia se debe asegurar la protección

[155] Modificado de: CCSS. Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS – DT.GM.091214. Costa Rica. 2014
[156] Slaikeu, K. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2000
[157] Slaikeu, K. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2000

	precontemplación y/o con comorbilidad física y/o psicosocial según criterio del/la profesional de salud • Consumidores de sustancias psicoactivas en recaída • En el caso de situaciones actuales de violencia, según escala de riesgo de la víctima, manifestación de violencia y criterio del/la profesional de salud		de la víctima. • Coordinación interinstitucional cuando corresponda • Realizar la notificación obligatorio y denuncia cuando corresponda
Verde	• Trastorno mentales y del comportamiento según criterios de referencia explícitos y criterio del/la profesional de salud • Consumidores de sustancias psicoactivas en estadio de contemplación, preparación o acción • En el caso de situaciones actuales de violencia, según escala de riesgo de la víctima, manifestación de violencia y criterio del/la profesional de salud	Atención a cupo	• Asignación de citas a cupo con el/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría • Coordinación interinstitucional cuando corresponda • Realizar la notificación obligatorio y denuncia cuando corresponda

FUENTE: CCSS.DDSS.2015.

En caso de ser necesario, se podrá realizar la coordinación y traslado de la persona a un establecimiento de salud de la Red de Servicios de Salud de la CCSS de mayor capacidad resolutiva o servicio de emergencias, para la realización de las intervenciones pertinentes.

En general, las funciones del/la profesional de Medicina a cargo del proceso de valoración inicial de los EI-SAM son:

- Verificar cumplimiento de los criterios de referencias al EI-SMAV
- Realizar diagnóstico clínico
- Realizar diagnóstico diferencial
- Solicitar exámenes de laboratorio y gabinete cuando corresponda
- Prescribir tratamientos farmacológicos cuando corresponda
- Extender incapacidades cuando lo amerite
- Realizar referencias y contrarreferencias cuando corresponda
- Autorizar traslados de los personas usuarias, cuando corresponda
- Brindar intervenciones de primer orden a la persona usuaria cuando corresponda
- Entre otras

Como parte del proceso de Valoración Inicial, el/la profesional de Medicina a cargo, puede requerir brindar intervenciones de primer orden a la persona usuaria, que incluyen:

- En el caso de intervención en crisis, la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos, los cuales tienen como meta restablecer el enfrentamiento inmediato y capacidades de solución de problemas de la persona usuaria, facilitando que la persona realice avances concretos hacia el enfrentamiento de la crisis, incluyendo el control de sus sentimientos o los componente subjetivos de la situación y comenzando el proceso de solución del

problema en cuestión; proporcionándole apoyo, previniendo el daño físico durante la crisis y generando enlaces con sus recursos y red de apoyo[158].

- En el caso de personas consumidoras de sustancias psicoactivas se requiere de la aplicación de las técnicas de Intervención Breve según nivel de riesgo (ASSIST) y Entrevista Motivacional (FRAMES). (Ver Apartado Marco Conceptual).
- En el caso de situaciones actuales de violencia, el/la profesional de salud debe valorar los posibles indicadores que evidencien peligro inminente de muerte o de ataque físico muy severo hacia la víctima, realizar las coordinaciones interinstitucionales pertinentes para el resguardo, protección y apoyo para la víctima, realizar la denuncia y notificación respectiva cuando corresponda, se debe establecer un plan de seguridad con la persona usuaria e informarle sobre sus posibilidades de apoyo interinstitucionales para la persona usuaria o sus hijos/as, a las cuales puede recurrir en el momento que lo considere pertinente.

Otras funciones claves

Los EI-SAM realizan una serie de funciones claves para su accionar, las cuales se indican a continuación:

- Sesiones interdisciplinarias para análisis de casos o sesiones clínicas.
- Proceso de educación continua a los/las miembros del EI-SAM con el fin de brindar una atención en salud de calidad y actualizada.
- Coordinaciones con otros establecimientos de salud de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, así como con otras instituciones claves públicas, privados y/o ONGs.
- Funciones administrativas varias, necesarias para el funcionamiento de los EI-SAM.
- Entre otras.

Oferta de servicios según tipo profesional de salud

A continuación se detalla la oferta de servicios y funciones clave que realiza cada miembro de los EI-SAM según su profesión y normativa nacional e institucional vigente.

Enfermería especializada en Salud Mental y Psiquiatría

De manera general la disciplina de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría se rige por lo indicado en la Ley General de Administración Pública, Ley General de Salud, Ley Constitutiva de la CCSS, Ley Orgánica del Colegio Profesional de Enfermeras de Costa Rica, entre otras; y demás leyes vinculadas a la salud pública, en lo tocante a Salud Mental, Consumos de sustancias psicoactivas y Violencia (Ver Apartado de Referencia Normativa).

El/la profesional en Enfermería especialista en Salud Mental y Psiquiatría como miembro del equipo debe contar con una formación propia en el área, que le permita tener conocimiento práctico y teórico basado en la investigación científica, en los principios éticos y de Derechos

[158] Slaikeu, K. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Segunda Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2000

Humanos, de acuerdo a las habilidades y destrezas, así como a la experiencia profesional. Este bagaje de conocimientos, lleva a los/las profesionales de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría a aplicar los métodos y técnicas propios de las ciencias básicas y de la disciplina misma a favor de la salud mental de las personas.

Además este profesional debe contar con competencias para desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería mediante abordajes individuales y grupales, aplicando los principios de la Relación Interpersonal de Ayuda, Terapia Breve, Intervención en Crisis, Estrategias Psicoeducativas, procesos de acompañamiento terapéutico, Terapias Lúdicas y otras, fundamentadas en la investigación científica como por ejemplo la investigación basada en evidencia, así como en las nuevas terapias de elección en la atención de la salud mental.

El/la profesional en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría debe ejecutar acciones profesionales propias de su formación en salud mental, con características terapéuticas, científicas y administrativas, todas en función de brindar una atención de calidad y calidez a las personas con necesidades en temas de consumo de sustancias psicoactivas, violencia y salud mental. Siempre basados en el proceso de enfermería y sustentado en las teorizantes propias de la enfermería.

El/la profesional en Enfermería del Equipo debe contar con titulación que lo acredite como especializado en el área de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Además, debe brindar atenciones a las personas usuarias en diferentes modalidades como son:

- Consulta individual, familiar y grupal.
- Atención a las personas usuarias a lo largo del ciclo vital.
- Procesos de atención utilizando terapéuticos breves, Psicoeducación y técnicas alternativas científicamente comprobadas siempre basados en las relaciones interpersonales de ayuda según la teorizante de Perplau, el Auto cuidado de Dorotea Orem o bien estrategias de intervenciones terapéuticas de primera línea y basados en la evidencia y respetando los enfoques de género.

Las funciones del/la profesional en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría dentro del EI-SAM, se detallan a continuación:

- Participar en sesiones clínicas desarrolladas por el Equipo a fin de favorecer la atención terapéutica de la persona usuaria.
- Actuar como Gestor/a de Casos del EI-SAM, lo que contempla las siguientes funciones: (Ver Apartado Gestión de Casos)
    - Presentar a los/as miembros del EI-SAM cada caso nuevo durante las Sesiones Clínicas.
    - Brindar seguimiento a los casos durante todo el tiempo que se encuentre en atención por parte del EI-SAM, y suministrar informes periódicos de seguimiento de los casos al Equipo durante las Sesiones Clínicas.
    - Verificar la trazabilidad de todo el proceso de atención de la persona usuaria.
    - Consulta individual por primera vez, como gestor/a de casos con las personas usuarias, posterior a la valoración inicial.
- Brindar seguimiento al proceso de adherencia al tratamiento.

- Formar parte de la red de referencia y contra referencia de Enfermería de personas usuarias con necesidades en salud mental.
- Aportar su conocimiento y acciones en la elaboración y ejecución del plan de tratamiento de la persona usuaria.
- Participar en la elaboración de estadísticas epidemiológicas y de salud pública de la problemática en salud mental.
- Participar en la gestión de la atención en salud del EI-SAM, entiéndase como todas las actividades orientadas a la prestación de servicio que permitan atenciones en salud mental efectiva y eficaz.
- Realizar las acciones necesarias que permitan dar seguimiento, actualización y evaluación del rendimiento de proyectos y actividades dirigidas a la atención, recuperación, rehabilitación y reinserción psicosocial (áreas de auto cuidado y vida diaria).
- Elaborar informes técnicos y llevar los controles necesarios a efectos de evaluar su participación en el equipo.
- Realizar informes estadísticos ya establecidos con el fin de llevar un dato de producción de lo realizado.
- Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud mental de la persona usuaria desde las necesidades identificadas por el/la profesional de salud mental y psiquiatría.
- Registrar en los expedientes clínicos su intervención, así como todo cambio presentado por la persona usuaria.
- Presentar informes sobre el estado, evolución y tratamiento de las personas usuarias.
- Establecer de acuerdo a sus conocimientos y experiencia propios de su especialidad, las necesidades de las personas usuarias que requieran ser satisfechas en pro de su salud mental.
- Brindar atención especializada en salud mental a las personas usuarias, valorando su condición y colaborando en su diagnóstico.
- Establecer proceso de Psicoeducación para la salud mental y psiquiatría, dirigidos a las personas usuarias y sus familias con problemas y necesidades en salud mental y psiquiatría.
- Dirigir y participar en la ejecución de investigaciones, proyectos y otros estudios relacionados con el área de su competencia en los diferentes niveles de atención.
- Utilizar el enfoque interdisciplinario en la solución de los problemas de salud de las personas usuarias y su núcleo familiar.
- Promover un ambiente físico y emocional óptimo para las personas usuarias.
- Manejar desde la relación interpersonal de ayuda e intervención en crisis de primera línea las situaciones de alteraciones en la salud mental.
- Implementación de procesos de acompañamiento a la persona usuaria y familia en los diferentes entornos en que se desarrolla el individuo.
- Diseñar e implementar consultas de atención en Enfermería en Salud Mental para las diferentes poblaciones de riesgo con condiciones asociadas a salud mental.
- Realizar atención domiciliar a las personas y sus familias con diagnósticos asociados a salud mental ya sea de forma individual o como parte del equipo interdisciplinario.
- Diseñar e implementar programas y consultas específicos para atender las necesidades de las personas usuarias y sus familias en temas de adicciones de sustancias psicoactivas.

- Participar de ser requerido/a en la elaboración de protocolos, procedimientos, guías de atención, normalización de procesos y procedimientos propios de su competencia para la aplicación en los demás Equipo.
- Participar en los proceso de educación continua.
- Realizar otras funciones afines a su disciplina y su puesto en los EI-SAM.

Las intervenciones terapéuticas del/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría en el EI-SAM son:

- Brindar atención directa de tipo terapéutica individual y/o grupal utilizando herramientas propias de la Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, a las personas usuarias que así lo requieran previa definición del plan de tratamiento establecido por el equipo EI-SAM.
- Elaborar el proceso de atención de Enfermería a cada persona usuaria atendida, utilizando los formularios oficiales de la institución, en los oficios GM-MDD-49071-14 del 9 de diciembre del 2014 suscrito por la Gerencia Médica donde se avala el "Manual de procedimiento en Enfermería", GM-MDD-39006-14 de 19 de agosto 2014 suscrita por la Gerencia Médica, y el oficio DDSS-0911-14 del 16 de julio del 2014 suscrito por el Director de Dirección Desarrollo de los Servicios de Salud, además este proceso es el avalado desde la Ley 2343 del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- Aplicar técnicas especializadas en Enfermería en Salud Mental dirigidas a la atención y rehabilitación de las personas con necesidades en salud mental y sus familias en respuesta a las necesidades y demandas identificadas, que permitan la generación de cambios cognitivos, conductuales y emocionales, a fin de mejorar su calidad de vida y la óptima inserción social mediante el enfoque integral.
- Coordinar acciones en la red de atención de Enfermería que contribuyan al plan de atención y seguimiento de las personas usuarias.
- Participar en procesos de rehabilitación y psicoeducación de temas prioritarios identificados en la población meta.
- Aplicar abordajes individuales y grupales, entre ellos:
    - Relación Interpersonal de Ayuda.
    - Terapia Breve.
    - Intervención en Crisis (Primeros Auxilios Emocionales).
    - Psicoeducación.
    - Acompañamiento terapéutico, mediante estrategias como Terapias Lúdicas y otras, fundamentadas en la investigación científica como por ejemplo la investigación basada en evidencia, así como en las nuevas terapias de elección en la atención de la salud mental propias de Enfermería en Salud Mental.
- Brindar psicoeducación en salud mental por medio de consejerías y otras estrategias terapéuticas propias de Enfermería.
- Elaborar y ejecutar procesos psicoeducativos en temas de prevención de adicciones y promoción de estilos de vida saludables, para personal de salud, persona usuaria y su familia.
- Coordinar el seguimiento de la persona usuaria atendida en el EI-SAM con otras redes de enfermería de apoyo.
- Realizar Atención Domiciliar en caso necesario y gestionar el cuidado a personas con necesidades en materia de salud mental, con un abordaje de individuo y familia.

Entiéndase por una atención en el domicilio de la persona usuaria que está asociada a un proceso terapéutico vinculado a la rehabilitación en la vida diaria.

- Participar activamente en investigación sobre factores de riesgo que afectan la salud mental de la población y realiza las publicaciones respectivas.

El abordaje terapéutico desde Enfermería en Salud Mental es:

- Psicoeducación para apego al tratamiento.
- Manejo de ansiedad y fortalecimiento personal.
- Psicoeducación y acompañamiento terapéutico a personas usuarias que presentan ansiedad por ser cuidadores.
- Psicoeducación y apoyo emocional a familias y cuidadores con signos o riesgo de síndrome del cuidador cansado.
- Manejo de estrés para padres y madres de personas usuarias menores de edad.
- Psicoeducación en el manejo de cuadros de estrés crónico.
- Atención de salud mental por estrés laboral.
- Consulta de salud mental para personas usuarias y sus familiares con trastornos de adaptación y estrés grave.
- Consulta de salud mental para las personas usuarias y sus familiares que afrontan situaciones traumáticas.
- Apoyo a personas usuarias y sus familias con enfermedades crónicas de tipo mental.
- Grupo de empoderamiento ante la violencia, desde la masculinidad.
- Psicoeducación y acompañamiento terapéutico para las personas usuarias con Trastornos Mentales y del comportamiento que están en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.
- Psicoeducación a familiares de personas usuarias con consumo de sustancias psicoactivas.
- Grupo de psicoeducación a personas con consumo de sustancias psicoactivas.

A continuación se detalla la oferta de servicios del/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría miembro de los EI-SAM (Ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Oferta de servicios del/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría del EI-SAM

Componente	**Eje de la atención**		
	Violencia	**Consumo de sustancias psicoactivas**	**Salud Mental**
Consulta Externa Individual	• Consulta de primera vez • Intervenciones en crisis de primer orden de ser necesario • Procesos de psicoeducación sobre la violencia, su ciclo y su dinámica en los diferentes entornos • Procesos de	• Consulta de primera vez • Psicoeducación individual • Procesos de Psicoeducación y acompañamiento a familiares de consumidores: elementos fisiológicos,	• Consulta de primera vez • Atención individual con técnicas de relajación • Atención de psicoeducación y adherencia al tratamiento farmacológico. • Acompañamiento

	psicoeducación en temas de: procesos de comunicación en familia o la pareja, masculinidades, y en modelos de crianza. Criterios de inclusión: • Hombres víctimas de situaciones de violencia	farmacológicos y de adherencia.	terapéutico en proceso de retomar actividades de vida diaria básica • Psicoeducación en patología y el manejo de la medicación para familia y/o cuidadores. • Acompañamiento terapéutico para la familia en el proceso de vida diaria
Consulta Externa Grupal	• Taller sobre manejo de las emociones y autoestima ante situaciones de violencia • El grupo es cerrado	• Grupos de Autoestima y Auto cuidado • Grupos abiertos	• Charlas educativas estilos de vida saludables • Grupos de inteligencia emocional y comunicación asertiva • Grupos abiertos

FUENTE: CCSS, DDSS, ARSDT, Coordinación Nacional de Enfermería, 2015.

Medicina General

De manera general la disciplina de Medicina General se rige por lo indicado en la Ley General de Administración Pública, Ley General de Salud, Ley Constitutiva de la CCSS, Ley Orgánica del Colegio Profesional de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, entre otras; y demás leyes vinculadas a la salud pública, en lo tocante a Salud Mental, Consumos de sustancias psicoactivas y Violencia (ver Apartado Marco Conceptual).

El perfil del/la profesional de Medicina General en los EI-SAM debe conta con un proceso de capacitación y formación profesional que le permite abordar diversos trastornos mentales, así como, trastornos por uso de sustancias psicoactivas y personas usuarias en situaciones de violencia, por medio de un abordaje interdisciplinario con el resto de los/las miembros del EI-SAM.

El médico/a cuenta con la posibilidad de realizar referencias y/o contrarreferencias, así como interconsultas a médicos especialistas, como el caso del médico/a Psiquiatra, así como Neurología, Endocrinología, entre otros, en casos requeridos, con el fin de garantizar la continuidad de la atención en salud y su calidad.

El/la profesional en medicina brinda un abordaje integral dentro de sus competencias, que le permite suministrar una atención centrada en la persona, tomando en cuenta los determinantes de la salud de la persona usuaria, así como, su condición de salud física.

Con el fin de ampliar la capacidad resolutiva del/la profesional de Medicina General de los EI-SAM se propone realizar la ampliación de la Lista Oficial de Medicamentos Institucionales (LOM) que el/la médico/a general tiene acceso a prescribir en relación a la atención de los

algunos trastornos mentales. Para lo anterior, se realizarán las gestiones pertinentes ante las instancias institucionales competentes. Dicha propuesta de ampliación del acceso de la LOM para el/la médico/a general, se detalla a continuación:

- Venlafaxina (75mg): con previa valoración o indicación del/la médico/a especialista en psiquiatría, para el abordaje Trastornos depresivos en caso de fallo terapéutico de los otros antidepresivos, depresión mayor ante el fallo terapéutico de Fluoxetina e Imipramina, prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores. Las formas de liberación prolongada se pueden utilizar en trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico con o sin agorafobia.
- Lamotrigina (25mg y 100mg)**:** con previa valoración o indicación del/la médico/a especialista en psiquiatría, para el abordaje de trastorno bipolar.
- Litio (300mg): previa valoración o indicación del/la médico/a especialista en psiquiatría, para el abordaje de los Trastornos depresivos asociado a trastorno bipolar, tratamiento y profilaxis y de los trastornos bipolares y en caso de Depresión mayor recurrente con el fin de descartar trastorno bipolar de fondo.
- Risperidona (1mg y solución oral 1mg/ml): previa valoración o indicación del/la médico/a especialista en psiquiatría, para el abordaje de los Trastornos depresivos.

En caso, de personas usuarias con dependencia al tabaco que requiera la prescripción de Vareniclina, el/la médico/a debe referirla a la Clínica de Cesación de fumado correspondiente, continuando con la su atención por parte del EI-SAM cuando corresponda.

El/la médico/a general de los EI-SAM, debe realizar interconsulta al médico/a especialista en Psiquiatría en caso de considerar necesario, para el uso de los medicamentos anteriormente citados una vez que se hayan agotado las opciones farmacológicas de primera línea disponibles o en caso de falla terapéutica de las mismas, con el fin de obtener el visto bueno en caso necesario.

Continuando con la lógica de aumentar la capacidad resolutiva y diagnóstica del/la médico/a general de los EI-SAM se negociará institucionalmente con los instancias pertinentes la ampliación de la lista de exámenes de laboratorio y/o gabinete que institucionalmente el/la médico/a general tiene acceso a solicitar, los cuales son:

- Niveles cuantificados de tóxicos: para el monitoreo y seguimiento de los casos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas
- Pruebas hormonales TSH, T3 y T4: para el abordaje de trastornos del humor y ansiedad
- Tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro: para el diagnóstico diferencial de los para el abordaje de trastornos del humor y ansiedad

El/la médico/a general, como parte de los EI-SAM debe realiza una serie de funciones relacionadas con la atención en salud de las personas usuarias, las cuales se detallan a continuación:

- Realizar valoración inicial de la persona usuaria (Ver Apartado Valoración Inicial).
- Brindar atención individual a todas las personas usuarias de los EI-SAM.

- Realizar valoración integral a las personas según su competencia, indicando tratamiento farmacológico y no farmacológico según corresponda.
- Solicitar y evaluar los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete.
- Realizar diagnóstico diferencial.
- Brindar seguimiento terapéutico, incluyendo: efectos adversos, adherencia al tratamiento y respuesta a medicación.
- Realizar referencias y contrarreferencias cuando corresponda.
- Otorgar incapacidades cuando corresponda.
- Registrar en el Expediente de Salud cada caso atendido.
- Brindar procesos educativos y de adherencia al tratamiento a las personas usuarias en temáticas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas por medio de grupos educativos, tanto a la persona usuaria así como a su red de apoyo.
- Brindar Primero Auxilios Psicológicos a las personas usuarias, cuando corresponda.
- Identificar situaciones de violencia y realizar su respectiva notificación y denuncia, cuando corresponda.
- Brindar seguimiento a las personas usuarias atendidas.
- Participar en las sesiones clínicas y administrativas de los EI-SAM.
- Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas.
- Preparar los materiales requeridos, impartir las capacitaciones, de acuerdo a las diferentes modalidades de interés.
- Realizar coordinaciones con centros de internamiento, centros de emergencias y/o instancias pertinentes, previo al traslado de la persona usuaria, cuando corresponda.
- Llevar el control diario de consultas y registro estadístico de las enfermedades que se presentan.
- Participar como facilitador en los grupos terapéuticos, educativos y/o de apoyo.
- Participar de ser requerido en la elaboración de protocolos, procedimientos, guías de atención, normalización de procesos y procedimientos propios de su competencia para la aplicación en los demás Equipo.
- Participar en procesos de educación continua.
- Realizar cualquier otra tarea afín a su puesto que le sea asignada dentro del EI-SAM.

A continuación se detalla la oferta de servicios del/la profesional de Medicina miembro de los EI-SAM (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Oferta de servicios del/la profesional de Medicina del EI-SAM

Componente	Eje de la atención		
	Violencia	Consumo de sustancias psicoactivas	Salud Mental
Valoración Inicial (Ver Apartado Valoración Inicial)	• Valoración, cumplimiento criterios de referencia, priorización y abordaje inicial según corresponda • Atención de personas usuarias a demanda con programación definida	• Valoración, cumplimiento criterios de referencia, priorización y abordaje inicial según corresponda • Atención de personas usuarias a demanda con programación definida	• Valoración, cumplimiento criterios de referencia, priorización y abordaje inicial según corresponda • Atención de personas usuarias a demanda

			con programación definida
Consulta Externa Individual	• Valoración, atención y tratamiento individual	• Valoración, atención y tratamiento individual	• Valoración, atención y tratamiento individual
Consulta Externa Grupal	• No oferta	• Educación y adherencia al tratamiento farmacológico	• Educación y adherencia al tratamiento farmacológico.

FUENTE: CCSS, DDSS, 2015.

Psicología

De manera general la disciplina de Psicología se rige por lo indicado en la Ley General de Administración Pública, Ley General de Salud, Ley Constitutiva de la CCSS, Ley Orgánica del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica y demás leyes vinculadas a la salud pública, en lo tocante a Salud Mental, Consumos de sustancias psicoactivas y Violencia (ver Apartado Marco Conceptual).

El perfil del/la profesional de psicología del Equipo, debe estar orientado a la atención especializada de casuística que incluye diagnósticos nosológicos que presentan patrones psicológicos disfuncionales y de carácter incapacitante para interactuar y llevar una vida equilibrada en sus actuaciones cotidianas.

Este perfil supone que dicho profesional está en capacidad de evaluar, realizar tratamientos y rehabilitar, con técnicas de evaluación e intervención psicológicas, especializadas, por ejemplo: desensibilización sistemática por movimiento ocular (utilizada principalmente para trastornos por estrés postraumático), terapia racional emotivo conductual (utilizada principalmente para resolver situaciones de conflicto psicológico en eventos de depresión, ansiedad y personalidad, entre otros), terapia dialéctica (utilizada para trastornos de carácter disociativo y límite de personalidad), terapia de aceptación y compromiso (que se utiliza en dolor crónico, consumo de sustancias psicoactivas, el tabaquismo, la depresión, la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, la psicosis, el estrés laboral, hasta el duelo complicado o el afrontamiento de enfermedades como el cáncer), terapia cognitivo conductual para consumidores de sustancias psicoactivas, violencia y diversos trastornos mentales (depresión, ansiedad, trastornos bipolares, esquizofrenia). Estas son algunas de las terapias y técnicas especializadas, que son propias del acervo profesional que distinguen a un/a psicólogo/a general de uno/a clínico, así como el uso especializado de pruebas psicológicas en neuropsicología, psicopatología, personalidad, inteligencia y habilidades cognitivas, entre otras.

El perfil en cuestión supone preferiblemente una formación de posgrado en Psicología Clínica, un currículo académico orientado a las prácticas clínicas psicológicas basadas en evidencia, y entrenamiento en evaluación psicológica; todo lo cual genera la posibilidad de realizar el abordaje más especializado en el tema. Para este abordaje se poseen técnicas metodológicas de intervención más complejas para los diagnósticos contemplados de mayor complejidad en la oferta de servicios.

Las funciones del/la profesional en psicología en los EI-SAM son:

- Establecer el diagnóstico diferencial en las personas usuarias referidas por los diferentes Establecimientos de Salud adscritas al Equipo.
- Participar en las sesiones clínicas interdisciplinarias de los Equipos.
- Realizar evaluaciones psicodiagnósticas de casos que serán discutidos en las presentaciones clínicas que se realizan en el Equipo.
- Realizar tratamientos psicoterapéuticos o psicológicos a niños/as, adolescentes o adultos/as de consulta externa, los cuales pueden ser en forma individual o grupal. Esta atención se realizará, según el motivo de consulta y orientación del tratamiento, en cualquiera de las áreas de intervención definidas para el Equipo (Salud Mental, Consumo de sustancias psicoactivas y Violencia)
- Realizar distintos tipos de terapia, individual, de pareja, familiar o grupal. Esta atención se realiza, según el motivo de consulta y orientación del tratamiento, en cualquiera de las áreas de intervención definidas para el Equipo (Salud Mental, Consumo de sustancias psicoactivas y Violencia)
- Registrar en el Expediente de Salud de cada caso atendido para hacer la bitácora del tratamiento seguido.
- Evaluar e interpretar los resultados de las pruebas psicológicas llevadas a cabo y aplicar los tratamientos del caso.
- Realizar los cierres terapéuticos, con orientación de seguimiento y alta, según las regulaciones específicas aprobadas institucionalmente para el Equipo.
- Participar de ser requerido/a en la elaboración de protocolos, procedimientos, guías de atención, normalización de procesos y procedimientos propios de su competencia para la aplicación en los demás Equipo.
- Participar en los proceso de educación continua
- Realizar otras funciones afines a su disciplina y su puesto en los EI-SAM

Las terapias psicológicas recomendadas para el/la profesional en Psicología de los EI-SAM, se detallan a continuación[159]: (ver Recuadro 16)

Recuadro 16. Terapias psicológicas recomendadas

- Terapia de Aceptación y Compromiso para el dolor crónico
- Terapia de Aceptación y Compromiso para la depresión
- Terapia de Aceptación y Compromiso para la ansiedad mixta
- Terapia de Aceptación y Compromiso para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- Terapia de Aceptación y Compromiso para Psicosis
- Relajación Aplicada para el Trastorno de Pánico
- Tratamiento Asertivo Comunitario para la esquizofrenia
- Terapia del Comportamiento / activación conductual para la depresión
- Terapia de Parejas conductual para los trastornos por consumo de alcohol
- Terapia de Parejas conductual para la depresión
- Conductual y la terapia cognitivo-conductual para el dolor lumbar crónico
- Tratamiento conductual de pérdida de peso para la obesidad y el sobrepeso pediátrico Tratamientos Biofeedback-base para el insomnio
- Capacitación Adaptación cognitiva para la esquizofrenia
- Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia para la depresión
- Terapia cognitivo conductual para Déficit de Atención e Hiperactividad (adultos)

[159] Sociedad de Psicología Clínica – *Society of Clinical Psychology*, División 12 APA, E.U.A.

- Terapia cognitivo conductual para el insomnio Terapia cognitivo conductual para la anorexia nerviosa
- Terapia cognitivo conductual para el Trastorno por Atracón
- Terapia cognitivo conductual para la bulimia nerviosa
- Cognitiva y conductual Terapias para el Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Terapia cognitivo conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo
- Terapias cognitivas y conductuales para la fobia social / Oratoria Ansiedad
- Terapia cognitivo conductual para Dolor de cabeza crónico
- Terapia cognitivo conductual para el trastorno de pánico
- Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia
- Terapia de Procesamiento Cognitivo para el Trastorno de Estrés Post-Traumático
- Remediación cognitiva para la esquizofrenia
- Terapia cognitiva para el trastorno bipolar
- Terapia cognitiva para la depresión
- Terapia de comportamiento dialéctica para el Trastorno Límite de la Personalidad
- Terapia Centrada Emoción-para la depresión
- Exposición y Prevención de Respuesta de trastorno obsesivo-compulsivo
- Terapias de exposición para las fobias específicas
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para el Trastorno de Estrés Postraumático
- Familia-Basado El tratamiento para la anorexia nerviosa
- Familia-Basado El tratamiento para la bulimia nerviosa
- Familia Terapia Enfocada para el Trastorno Bipolar
- Familia psicoeducación para la esquizofrenia
- Amigos Cuidado de Sustancias Mixta abuso / dependencia
- Guiados Auto-Cambio de Sustancias Mixta abuso / dependencia
- Programa Healthy-Peso para la bulimia nerviosa
- Terapia interpersonal para la depresión
- Gestión de la enfermedad y la recuperación de la esquizofrenia
- Psicoterapia interpersonal para el Trastorno por Atracón
- Psicoterapia interpersonal para la bulimia nerviosa
- Interpersonal y terapia Ritmo Social para el Trastorno Bipolar
- El tratamiento basado en la mentalización para el Trastorno Límite de la Personalidad
- Entrevista Motivacional y Terapia Mejora motivación para sustancias y alcohol Abuso / dependencia
- Multi-Componente terapia cognitivo-conductual para la fibromialgia
- Multi-Componente terapia cognitivo-conductual para Reumatológica Dolor
- Intención paradójica para el insomnio
- Presente Centrado Terapia para el Trastorno de Estrés Postraumático
- Premio Gestión basada Contingencia para Alcohol Use Disorders
- Premio Gestión basada Contingencia para la dependencia de cocaína
- Premio Gestión basada Contingencia para Sustancias Mixed Use / Dependencia
- Resolución de Problemas La terapia para la depresión
- La exposición prolongada para el Trastorno de Estrés Post-Traumático
- Terapia psicoanalítica para el trastorno de pánico
- La psicoeducación para el Trastorno Bipolar
- Debriefing psicológico para el Trastorno de Estrés Postraumático
- Terapia Racional Emotiva Conductual para la depresión
- Entrenamiento de relajación para el insomnio
- Terapia revisión Reminiscence / Vida para la depresión
- Terapia de esquema-Enfocado para el Trastorno Límite de la Personalidad
- Búsqueda de Seguridad para el TEPT con uso de sustancias Trastorno
- Seguridad En busca de la sustancia mixta abuso / dependencia
- Autogestión / Autocontrol terapia para la depresión
- Auto-sistema de terapia para la depresión
- Dejar de fumar con Peso Prevención Ganancia
- Corto Plazo-terapia psicodinámica para la depresión
- Terapia de restricción del sueño para el insomnio

- Aprendizaje Social / Token Programas Economía para la esquizofrenia
- Habilidades Sociales Capacitación para la esquizofrenia
- Terapia de control de estímulos para el insomnio
- Estrés Inoculación Capacitación para el Trastorno de Estrés Postraumático
- Empleo con Apoyo para la esquizofrenia
- Cuidado sistemática para el Trastorno Bipolar
- Terapia centrada en la transferencia para el Trastorno Límite de la Personalidad

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

A continuación se detalla la oferta de servicios del/la profesional de Psicología miembro de los EI-SAM (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Oferta de servicios del/la profesional de Psicología del EI-SAM

Componente	Eje de la atención		
	Violencia	Consumo de sustancias psicoactivas	Salud Mental
Consulta Externa (modalidad Individual)	Valoración a personas que se encuentran en situación de violencia (víctimas)	Valoración y tratamiento individual	Valoración y tratamiento individual
Consulta Externa (modalidad familiar/pareja)	No oferta	• Se oferta los procedimientos terapéuticos de psicología, como complemento al tratamiento del diagnóstico base.	• Se oferta los procedimientos terapéuticos de psicología, como complemento al tratamiento del diagnóstico base.
Consulta Externa (modalidad grupo terapéutico)	No oferta	• Se oferta Tratamiento grupal según criterio profesional	• Se oferta Tratamiento grupal según criterio profesional

FUENTE: CCSS, DDSS, ARSDT, Coordinación Nacional de Servicios de Psicología, 2015.

Trabajo Social

La intervención profesional de Trabajo Social debe circunscribirse a la normativa existente que rige a la profesión, en relación con aspectos éticos, legales, técnico operativos e instrumentales. Las/os profesionales en Trabajo Social miembros de los EI-SAM, deben implementar el procedimiento definido y avalado por la Institución: Consulta Social Individual, Familiar y Grupal.

De manera general la disciplina de Trabajo Social se rige por lo indicado en la Ley General de Administración Pública, Ley Constitutiva de la CCSS, Ley Orgánica del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Costa Rica y demás leyes vinculadas a la salud pública, en lo tocante a Salud Mental, Consumos de sustancias psicoactivas y Violencia (ver Apartado Marco Conceptual).

El/la profesional en Trabajo Social de los EI-SAM, debe ejecutar labores de tipo profesional, científicas y administrativas de apoyo relacionadas a la atención especializada en materia de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia desde la especificidad de Trabajo Social.

La atención brindada por el profesional de Trabajo Social tiene un énfasis en la atención de la familia o red social significativa de las personas usuarias. Por tanto, debido a la complejidad de las situaciones sociales por atender, se recomienda que cuente con formación en Terapia Familiar Sistémica para el ejercicio profesional, operacionalizado en las siguientes acciones:

1. Consulta social individual, familiar y grupal
2. Atención a los grupos etáreos definidos por la Institución para estos EI-SAM.
3. Procesos de tratamiento terapéuticos breves y basados en la evidencia (Perspectiva Sistémica y de Género)

Las intervenciones del/la profesional en Trabajo Social del EI-SAM, se detallan a continuación:

1. Realizar valoración social de la persona usuaria, con un énfasis en su red social significativa que contemple al menos los siguientes elementos:
   a. Persona usuaria
   b. Condiciones laborales
   c. Condiciones educativas
   d. Familia: grupo familiar (relaciones de parentesco, edades, nivel de escolaridad, ocupación), dinámica familiar, vínculos, relaciones de pareja, desempeño de roles, ejercicio de autoridad y respeto a la misma, redes de apoyo familiar
      Para valorar la dinámica familiar y estilos de vida se requiere un referente teórico metodológico. Se sugieren el enfoque de género (transversal) y la perspectiva sistémica (desde diferentes modelos de evaluación familiar); sin embargo, en caso de utilizar otro/s, se debe indicar el enfoque o modelo seguido para la evaluación de la dinámica familiar.
   e. Ambientales
   f. Habitacionales
   g. Condiciones económicas

   Las fuentes de información constituyen:
   - Entrevista a la persona usuaria, cuando la edad y la condición de salud lo permita.
   - Entrevista a red social significativa.
   - Valoración socio ambiental al domicilio.
   - Consulta a otras fuentes de información que se consideren pertinentes, según criterio profesional.

2. Definir el diagnóstico y pronóstico social a partir de los indicadores de vulnerabilidad social y/o factores de riesgo encontrados en el caso.
3. Realizar valoración social a las personas referidas para atención en el Equipo
4. Participar en las sesiones clínicas de los EI-SAM.
5. Determinar el Plan de Tratamiento Social, acorde a la normativa técnica operativa definida por la disciplina.
   En este Plan de tratamiento se pueden definir acciones Asistenciales, educativas y Terapéuticas según el criterio técnico del/la profesional. Esta atención se realiza, según

el motivo de consulta y orientación del tratamiento, en cualquiera de las áreas de intervención definidas para el EI-SAM.
6. Brindar tratamiento familiar, según el motivo de consulta y orientación del tratamiento, en cualquiera de las áreas de intervención definidas para el Equipo.
7. Registrar en el Expediente de Salud cada consulta atendida y el seguimiento de las acciones del Plan de Tratamiento.
8. Brindar procesos de educación social para la salud, en cualquiera de las áreas de intervención definidas por el Equipo.
9. Realizar los cierres terapéuticos, con orientación de seguimiento y alta, según las regulaciones específicas aprobadas institucionalmente para el Equipo.
10. Participar en el diseño y asesoría de proyectos de investigación orientados a la definición de perfiles epidemiológicos y psicosociales de las poblaciones de adscripción.
11. Participar de ser requerido/a en la elaboración de protocolos, procedimientos, guías de atención, normalización de procesos y procedimientos propios de su competencia para la aplicación en los demás Equipo.
12. Conducir, articular y gestionar trabajo en redes interinstitucionales, comunales e intersectoriales.
13. Participar en los proceso de educación continua.
14. Realizar otras funciones afines a su disciplina y su puesto en los EI-SAM.

El sustento teórico recomendado para la atención del/la profesional en Trabajo Social en los EI-SAM es:

- Terapia Familiar Sistémica a nivel de post grado.
- Género
- Violencia

La oferta de servicios ofrecida por el/la profesional de Trabajo Social se detalla a continuación: (ver Cuadro 7)

Cuadro 7. Oferta de servicios del/la profesional de Trabajo Social del EI-SAM

Componente	Violencia	Consumo de sustancias psicoactivas	Salud Mental
Consulta social individual	Valoración y Tratamiento social individual a personas que se encuentran en situación de violencia (víctimas). Los criterios para ingreso son: 1. Persona valorada por EI-SAM 2. No presentar patología dual (persona usuaria sin diagnóstico psiquiátrico). 3. Situación de violencia intrafamiliar actual. 4. Contar con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.	Valoración social individual	Valoración social individual

Consulta social familiar	No oferta	Tratamiento social familiar enfocado en la red social significativa de la persona usuaria: manejo de situaciones de codependencia y reinserción social.	Tratamiento social familiar enfocado en la red social significativa de la persona usuaria: inclusión social y reorganización familiar.
Consulta social grupal	• Tratamiento social grupal a mujeres que se encuentran en situación de violencia (víctimas) intrafamiliar, que cuenten con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas. • Se realiza dos procesos de grupo terapéutico al año • El grupo es cerrado. Los criterios para ingreso al grupo son: 1. Mujer valorada por el EI-SAM 2. No presentar patología dual (persona sin diagnóstico psiquiátrico) 3. No presentar consumo activo. 4. Situación de violencia actual.	• Tratamiento familiar grupal • Se realizan dos procesos de grupo terapéutico al año • El grupo es cerrado.	No oferta

FUENTE: CCSS, DDSS, ARSDT, Coordinación Nacional de Trabajo Social, 2015.

Proceso de Atención

Como toda atención en salud, los EI-SAM cuenta con un proceso de atención detallado que permite brindar una atención interdisciplinaria, novedosa y de calidad a las personas usuarias, dicha atención se describe a continuación y es dividida en fases.

Fase I Referencia

En el Primer Nivel de Atención, el procedimiento da inicio cuando la persona usuaria es atendida por al Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS), el mismo atiende y valora, puede darle de Alta o referirlo al EI-SAM según criterios de referencia, o puede referir al Equipo de Apoyo del Área de Salud correspondiente. El Equipo de Apoyo valora y atiende a la persona usuaria (agotando los recursos disponibles y correspondientes a este Nivel de Atención, según sus competencias y nivel de resolutividad), el cual puede dar de Alta o referir al EI-SAM según criterios de referencia.

En el caso del Segundo Nivel de Atención, el procedimiento da inicio cuando la persona usuaria es atendida por el/la profesional de salud mental (psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería en salud mental y psiquiatría, etc.), el cual atiende y valora, puede darle de Alta o referirlo al EI-SAM según criterios de referencia.

Fase II Valoración Inicial

El procedimiento continúa, cuando el Asistente Técnico de REDES del EI-SMAV recibe y revisa la referencia y envía al profesional de Medicina del Equipo para su Valoración inicial según programación.

Durante la valoración inicial, el/la profesional de Medicina valora, atiende, verifica los criterios de referencia y prioriza el riesgo de la persona usuaria (ver Cuadro 3), definiendo la realizando de alguna de las siguientes acciones según corresponda:

- Contrarreferir al Nivel de Atención correspondiente por el no cumplimiento de los criterios de referencia al EI-SAM.
- Referir al Nivel de Atención con mayor resolutividad correspondiente, ya que la necesidad de salud de la persona usuaria sobrepasa la capacidad resolutiva del EI-SAM
- Referir al Servicio de Emergencias u Hospitalización cuando corresponda.
- Incorporar a la persona usuaria del proceso de atención del EI-SAM, según la severidad, riesgo del caso y criterios de referencia del Equipo.

Si el/la profesional de Medicina define la incorporación de la persona usuaria al proceso de atención del Equipo, el mismo/a asigna una priorización para las citas de consulta externa por primera vez al profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, según programación, para una valoración con mayor profundidad del caso.

Fase III Consulta por primera vez y Sesión Clínica

El procedimiento continua con la consulta externa por primera vez a la persona usuaria por parte del/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, el/la cual valora y atiende a la persona usuaria.

Posterior a la dicha consulta por primera vez, el/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría presenta el caso al EI-SAM en sesión clínica. El Equipo valora y analiza el caso, definiendo el plan de tratamiento integral requerido por la persona usuaria, y se programa las citas respectivas con los/las profesionales de salud que forman parte de dicho plan de tratamiento integral definido.

Fase VI Plan de Tratamiento

El procedimiento continua cuando cada profesional de salud que forma parte del plan de tratamiento integral definido, debe evaluar, definir e implementar el tratamiento adecuado para la persona usuaria, optando por la modalidad individual, grupal o combinada según su oferta de servicios establecida y criterio profesional.

El/la Gestor/a de casos, debe dar seguimiento al caso durante la implementación del plan de tratamiento integral definido por el EI-SAM y presentar informes de seguimiento de cada caso al Equipo periódicamente en sesiones clínicas.

Durante el proceso de implementación del plan de tratamiento, el EI-SAM y el/la profesional de medicina puede realizar interconsultas y/o referencias cuando corresponda y según criterio técnico.

Fase V Alta

El procedimiento continua cuando en sesión clínica, el/la Gesto/a del caso presenta informe de seguimiento del caso, y el EI-SAM considera que la personas usuaria cumple criterios de Alta establecidos, se define el Alta.

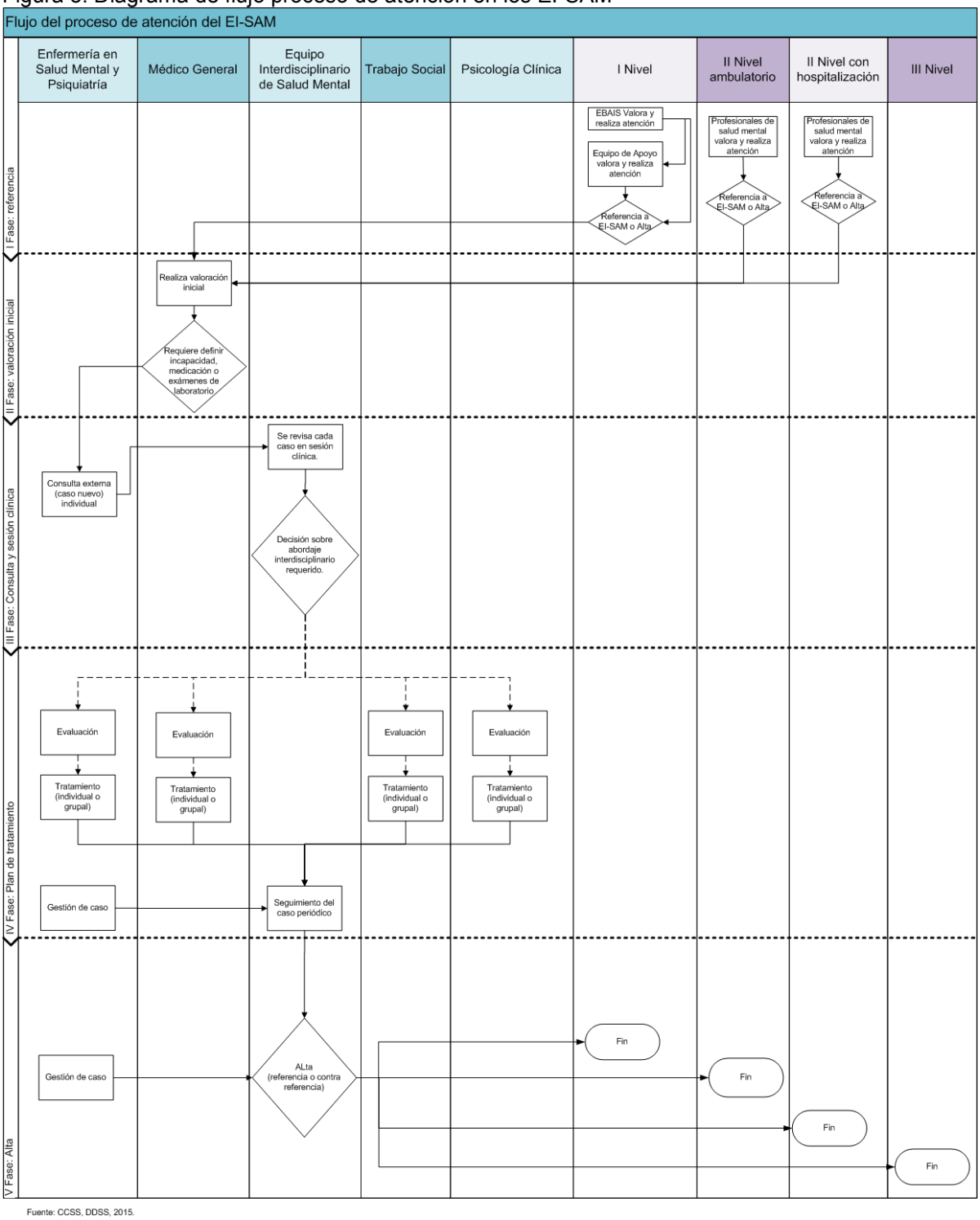
Al momento de ser definida el Alta, el EI-SAM realiza alguna de las siguientes acciones según criterio del Equipo:

- Contrarreferir al Nivel de Atención correspondiente la finalización del plan de tratamiento y la necesidad del seguimiento de la persona usuaria por dicho Nivel de Atención.
- Referir al Nivel de Atención con mayor resolutividad correspondiente, ya que la necesidad de salud de la persona usuaria sobrepasa la capacidad resolutiva del EI-SAM.

Y termina el procedimiento.

A continuación se detalla de manera gráfica el proceso de la atención en salud brindada por los EI-SAM a las personas usuarias. (Ver Figura 3)

Figura 3. Diagrama de flujo proceso de atención en los EI-SAM



Fuente: CCSS, DDSS, 2015.

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Funcionamiento interno

En este apartado se desarrollan aspectos básicos para el funcionamiento de los EI-SAM, incluyendo aspectos administrativos y de organización que permiten el adecuado cumplimiento sus funciones.

Otro aspecto importante a señalar es que los/las miembros del EI-SAM cuentan con supervisión técnica según lo establecido institucionalmente.

Gestión de Caso

El/la profesional de salud del EI-SAM debe cumplir con sus funciones específicas en el Equipo, según sus competencias, así como con las funciones básicas que se detallan a continuación:

- Actuar como enlace entre el Equipo y la jefatura correspondiente del mismo, así como, con el Establecimiento de Salud al que pertenezca.
- Gestionar y coordinar la capacitación y/o educación continua en diversos temas relacionados con la función del Equipo.
- Organizar, planificar y coordinar las sesiones clínicas, la disponibilidad del espacio físico para las sesiones de grupo, distribución de tiempos para la realización de la valoración inicial, entre otros.
- Solicitar a los establecimientos de Salud adscritos, los Análisis de Situación de Salud locales (ASIS) para así valorar en conjunto con el Equipo, los datos obtenidos, para decidir acciones tomar.
- Consolidar informes trimestrales de la gestión del Equipo.
- Gestionar aspectos administrativos y laborales con el fin de mantener la continuidad del servicio no mayor a un octavo de su tiempo ordinario.

Debido a la distribución de los tiempos de consultas, el perfil de puesto, competencias y otras funciones dentro del EI-SAM, el papel de Enlace del Equipo debe ser ejercido por el/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

Sesiones Clínicas

Las sesiones clínicas tienen como objetivo general, brindar una atención integral y coordinada entre los diversos profesionales de la salud a cargo del abordaje de la persona usuaria, así como ser un espacio de discusión técnica y decisorio a la hora de determinar el abordaje adecuado para cada caso en particular.

A continuación se detallan algunos aspectos básicos que define el funcionamiento que tienen las Sesiones Clínicas en los EI-SAM:

- El profesional de salud Enlace del Equipo es el/la coordinador/a de la sesión clínica y elabora la agenda de la misma.

- El Gestor/a de Caso presenta al Equipo cada caso, si es por primera vez o brinda seguimiento al mismo (durante todo el tiempo que dure el proceso de la persona usuaria dentro del Equipo).
- La presentación de casos en la sesión clínica se realiza al menos una vez al bimestre para cada caso. Cabe indicar que la frecuencia del análisis de cada caso, dependerá de la situación particular de la persona usuaria y la recomendación técnica del Equipo.
- El tiempo de discusión de cada caso es de 20 minutos aproximadamente.
- Los profesionales de salud involucrados en la atención directa de la persona usuaria. deben brindar un informe verbal del seguimiento del caso.
- La sesión clínica debe contar con su anotación respectiva en el expediente de salud de la persona usuaria. En esta anotación se debe incluir las decisiones tomadas para el seguimiento de la intervención de la persona usuaria.
- Deben asistir todos/as los/as profesionales de salud miembros del Equipo.
- La decisión del abordaje y/o Alta del Equipo, se debe tomar durante la sesión clínica.
- Solamente el/ profesional en salud Enlace del Equipo o autoridad superior, puede cancelar la sesión clínica, la cual deberá ser reprogramada en máximo siete días naturales.
- Se debe realizar una o máximo dos sesiones clínicas semanales de tres horas de duración cada una (total seis horas semanales máximas).
- Durante la sesión clínica se define el plan de tratamiento para cada persona usuaria.
- Durante la sesión clínica se define la finalización del plan de tratamiento de la persona usuaria.
- Durante la sesión clínica se determina el Alta de la persona usuaria.
- Durante la sesión clínica se debe tomar acta de las decisiones tomadas por el EI-SAM.

Gestión de casos

En términos generales, la Gestión de Caso es un proceso de colaboración en el asesoramiento, planificación, acceso a los servicios de salud, con el fin de hallar las mejores opciones de atención de las necesidades y problemas de salud de las personas usuarias, mediante la comunicación y los recursos disponibles a fin de alcanzar los objetivos de la atención en salud[160].

La Gestión de Caso, favorece la provisión de atención continua dentro de la Red de Servicios de Salud, mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos con un enfoque centrado en las personas[161].

A continuación se indica brevemente algunos de los principales beneficios de la Gestión de Casos (Ver Recuadro 17), extrapolables al funcionamiento de los EI-SAM:

[160] Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. Arkansas. 2010
[161] OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago, 2011 y OPS/OMS. Las Redes de Atención de Salud. Brasilia. 2013

Recuadro 17. Beneficios de la Gestión de Casos.

- mejora el acceso y la continuidad de y entre los servicios.
- trato personalizado.
- satisfacción de la persona.
- los servicios brindados son adecuados para las necesidades de la persona que los requiere.
- único punto de contacto que coordina la atención de salud, a lo largo de la Red de Servicios de Salud.
- apoya a los cuidadores y/o familiares de la persona usuaria.
- facilita la articulación entre el cuidado brindado por los servicios de salud y los recursos de la comunidad
- mejora la coordinación entre los diferentes niveles, evitando duplicidad de exámenes, la perdida de citas, el incumplimiento de tratamientos, entre otros
- suscita la calidad y la eficiencia de los servicios de salud brindados
- disminuye costos de la atención en salud
- disminución de la fragmentación de la atención en la Red de Prestación de Servicios de Salud
- garantiza la continuidad en la atención centrada en las personas, con problemas que requieren alta complejidad de manejo en la Red de Servicios de Salud

FUENTE: Modificado de Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. Arkansas, 2010.

El/la profesional de salud del EI-SAM que funge como Gestor/a de Casos, debe cumplir con sus funciones específicas en el Equipo, según sus competencias, así como con las funciones básicas que se detallan a continuación:

- Realizar la consulta por primera vez a las personas usuarias, posterior a su valoración inicial.
- Verificar la trazabilidad de proceso de atención brindada a la persona usuaria (incluyendo: valoración inicial, tratamiento, seguimiento y Alta).
- Presentar en las sesiones clínicas los casos nuevos e informe de seguimiento de la atención en salud brindada a la persona usuaria para la toma de decisiones en Equipo.

El gestor de casos en los EI-SAM, debe brindar consulta de primera vez, la cual debe ser individual, a todas las personas usuarias enviadas por el profesional de Medicina posterior a su respectiva valoración inicial y priorización en su asignación de citas con el/la Gestor/a de Casos.

Esta consulta cuenta con tiempos programados de agenda como una consulta externa individual programada, con una extensión de 30 minutos máximos por persona, cuyo principal objetivo, es realizar una entrevista con mayor profundidad a la persona usuaria, para la recolección de información necesaria para la presentación del caso ante el EI-SAM en sesión clínica, donde se definirá el plan de tratamiento integral adecuado para cada caso en particular. Durante dicha consulta inicial, el profesional utiliza el instrumento "Guía para la atención inicial de las personas usuarias" (Ver Anexo 1) como herramienta para la valoración y abordaje del caso.

El personal de Redes miembro del EI-SAM debe realizar un informe de las referencias y/o contrarreferencias realizadas por el Equipo hacia la Red de Servicios de Salud Institucional e informar al Gestor de Casos sobre dichas referencias/contrarreferencias.

Debido a la distribución de los tiempos de consultas, el perfil de puesto, competencias y otras funciones dentro del EI-SAM, el papel de Gestor/a de Casos debe ser ejercido por el/la profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

Distribución de tiempos

Con el fin de propiciar una atención centrada en la persona, de calidad y con calidez por un lado y por el otro prevenir el desgaste de los/las profesionales de los EI-SAM, se detalla a continuación una propuesta general de distribución para la ejecución de las funciones de los miembros de dicho Equipo (Ver Cuadro 8):

Cuadro 8. Distribución de tiempos de los/las profesionales en salud los EI-SAM

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	• Consulta Externa individual • Valoración Inicial	• Consulta Externa individual • Valoración Inicial	• Consulta Externa Grupal • Consulta Externa Individual	• Consulta Externa individual • Valoración Inicial	• Educación continua(*) • Consulta Externa Individual
Tarde	• Consulta Externa individual	• Sesión Clínica del EI-SAM	• Consulta Externa Grupal • Consulta Externa Individual	• Sesión Clínica del EI-SAM	• Consulta Externa individual

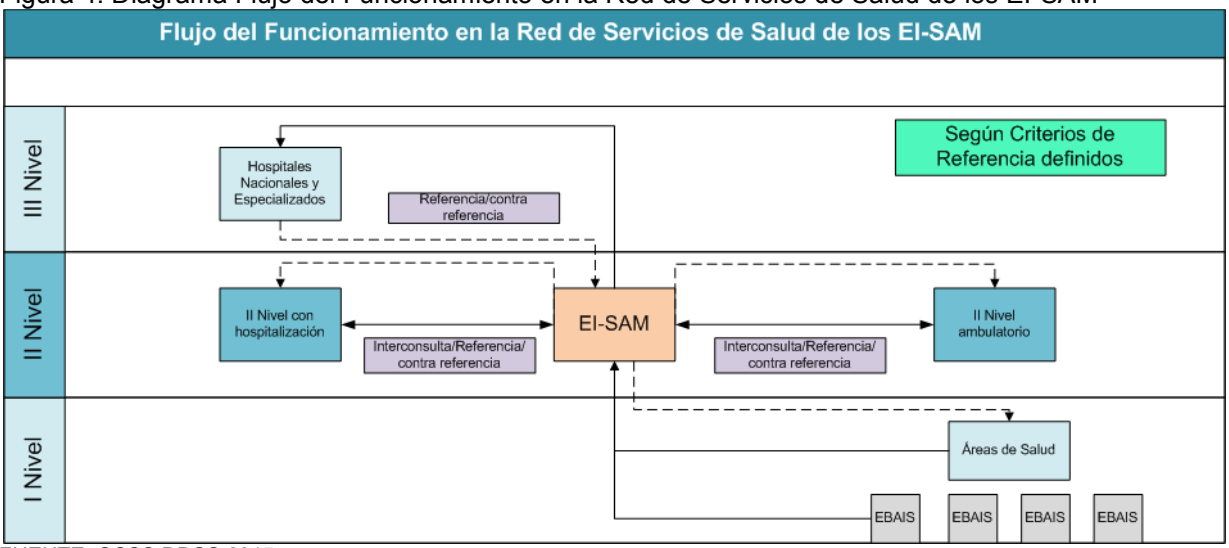
FUENTE: CCSS, DDSS, 2015.
(*) Se entenderá como Educación Continua a la capacitación permanente que deben recibir los/las miembros del EI-SAM para el mejoramiento continuo de sus funciones, según programación interna.

Funcionamiento en la Red de Servicios de Salud

Los EI-SAM están dentro de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, cuentan con criterios de referencias explícitos (Ver Apartado Criterios de Referencia) que les permite abordar las necesidades de salud de las personas usuarias con trastornos mentales, trastorno por uso de sustancias psicoactivas y violencia de mediana complejidad, ubicándose en el Segundo Nivel de Atención de dicha Red.

A continuación se detalla de manera gráfica el flujo del funcionamiento de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS. (Ver Figura 4)

Figura 4. Diagrama Flujo del Funcionamiento en la Red de Servicios de Salud de los EI-SAM



FUENTE: CCSS.DDSS.2015
Nota: Líneas continuas corresponde a Referencias/Interconsultas
Líneas discontinuas corresponde a Contrarreferencias

Siendo que los EI-SAM forman parte de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, son parte del conjunto de los establecimientos de servicios de salud institucionales, de diferente complejidad, articulados entre sí con una población y territorio a cargo definidos, por lo que los Equipos tienen a cargo la atención en salud de mediana complejidad de un espacio-población o área de atracción delimitada según las necesidades de la Red de Servicios de Salud a la que pertenecen, por los EI-SAM cuentan con un amplio conocimiento de las necesidades en salud de su población definida, lo que orienta la determinación de la oferta de servicios de salud brindada por dichos Equipos.

Los EI-SAM deben operar de una manera estrechamente coordinada y eficiente con la Red de Servicios de Salud a la que pertenecen, tomando en cuenta sus necesidades y características particulares, de tal forma que todos/as los/as habitantes de esa Red tengan igualdad de oportunidades, cuando lo necesiten, para acceder a los servicios disponibles en la Red y específicamente a dichos Equipos según criterios de referencia establecidos.

Los EI-SAM procuran asegurar a las personas usuarias una atención continua y oportuna[162] para resolver sus necesidades y problemas de salud específicos en el lugar más cercano de residencias de las personas usuarias, limitando la demanda de servicios especializados del Segundo y Tercer Nivel de Atención. Además, los Equipos buscan incrementar la capacidad resolutiva del Nivel de Atención donde se ubica dentro de su ámbito de competencia, y reorientar el seguimiento y atención en salud especializada a los Niveles de Atención a los que corresponda cuando sea pertinente.

[162] OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C. 2010

Los Equipos brindan una atención en salud de mediana complejidad centrada en las personas considerando al individuo, la familia y la comunidad adscrita, teniendo en cuenta las particularidades de las personas, y la diversidad de la población, fortaleciendo las capacidades del personal de salud de los Equipos para la atención en salud de las personas usuarias.

Los EI-SAM proporcionan una atención en salud con intervenciones definidas según las necesidades en salud por sus criterios de referencia previamente establecidos y las características de su población, dentro del ámbito del tratamiento y rehabilitación de dichas necesidades en salud, desde una atención ambulatoria de consulta externa y dentro del marco de una oferta de servicios definida (ver Apartado Oferta de Servicios).

Los Equipos deben estar en capacidad de responder a las necesidades de salud de la población a su cargo, según criterios de referencia establecidos, utilizando los recursos disponibles por el mismo.

Los mecanismos de comunicación entre los EI-SAM y los diferentes establecimientos de la Red de Servicios de Salud deben garantizar el flujo de información precisa acerca de la condición clínica de la persona atendida, independientemente del Nivel de Atención donde la persona usuaria fue referida, esto contribuye a la continuidad de la atención brindada a la persona, facilitando la entrega de servicios integrados y oportunos[163].

La responsabilidad de la atención en salud de los casos de las personas usuarias según su espacio-población y criterios de referencia definidos, recae en un conjunto de funcionarios/as de diferentes disciplinas miembros del EI-SAM, por lo que requieren contar con profundo conocimiento técnico-asistencial y una visión amplia de la atención en salud brindada, así como, de la diversidad de las necesidades y problemas de salud que pueden presentar las personas usuarias, las mismas requieren de una amplia gama de intervenciones definidas según su oferta de servicios de salud establecida.

Flujo de la atención a las personas usuarias en la Red

El flujo de atención a las personas usuarias de los EI-SAM describe la procedencia de las mismas, las actividades de la atención y el destino, delimitando el flujo de atención para la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud, según área de atracción y criterios de referencia definidos para los Equipos.

Como se mencionó anteriormente, los EI-SAM cuentan con criterios de referencia establecidos de mediana complejidad (Ver Apartado Criterios de Referencia), ubicándose en el Segundo Nivel de Atención de la Red de Servicios de Salud de la CCSS, siendo los Equipos responsables de la atención de los problemas y necesidades en salud definidos en dichos criterios de referencia, según su competencia y Capacidad Resolutiva.

Por lo anterior, las personas usuarias son referidas para la atención en salud de los EI-SAM por parte del Primer Nivel de Atención, el cual es la puerta de entrada de la Red de Servicios de Salud y atiende las necesidades y problemas de salud más frecuentes, y quienes son los responsables de velar por la continuidad y seguimiento de la atención en salud de las personas usuarias de los

[163] OPS/OMS. Agenda de Salud para Las Américas 2008- 2017. Washington DC, 2008

servicios de salud. Así como, el Segundo Nivel de Atención por parte de los profesionales de salud en Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de dicho Nivel de Atención.

Durante la valoración inicial de las personas usuarias dentro los EI-SAM, el/la profesional de Medicina debe corroborar el cumplimiento de los criterios de referencia al Equipo, si no se cumplen dichos criterios, el/la profesional debe realizar la Contrarreferencia respectiva.

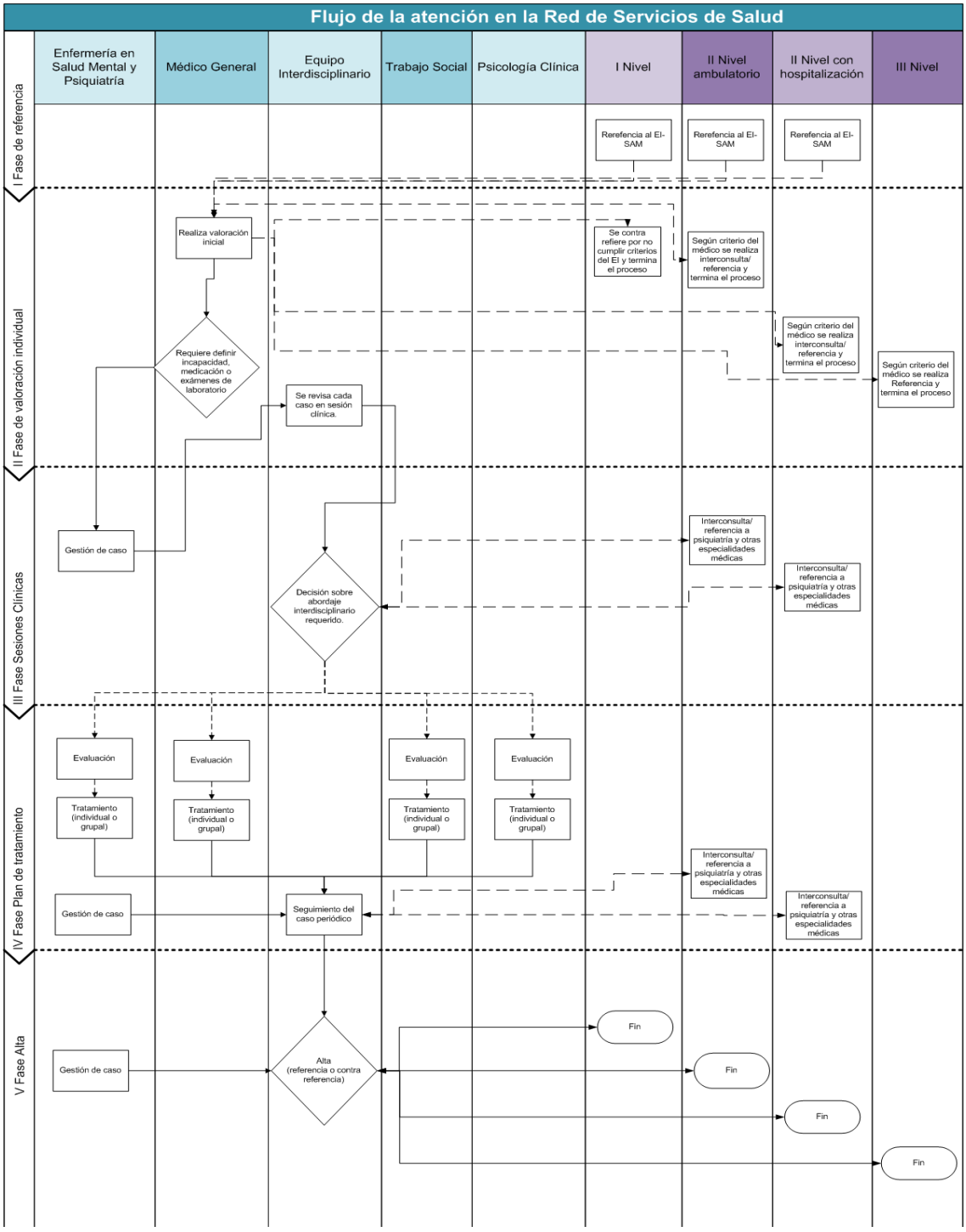
Durante el proceso de atención a las personas usuarias de los EI-SAM, el mismo puede realizar referencias horizontales y/o interconsultas a los/las profesionales de la salud del Segundo Nivel de Atención, al cual pertenecen cuando se considere pertinente según criterio médico y/o criterio técnico del EI-SAM, y recibir su posterior contrarreferencia cuando corresponda por parte del/la profesional de salud al cual se refirió.

Los EI-SAM realizan referencias cuando se considere pertinente según criterio médico y/o criterio clínico del Equipo, al Tercer Nivel de Atención cuando corresponda, y recibir la posterior contrarreferencia cuando corresponda por parte del/la profesional de salud Tercer Nivel de Atención al cual se refirió.

Cuando los EI-SAM definen el Alta de la persona usuaria (ver Apartado Criterios de Alta), porque las necesidades en salud de la persona usuaria sobrepase la capacidad resolutiva de los EI-SAM, dicha Equipo realiza referencia al Nivel de Atención correspondiente. En el caso que el Alta se define por el cumplimiento del plan de tratamiento y no requiere referir a un Nivel de Atención de mayor resolutividad, el Equipo realiza contrarreferencia al Nivel de Atención correspondiente para su seguimiento.

A continuación se presenta de forma gráfica el proceso del flujo de la atención de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud Institucionales, según lo definido anteriormente. (Ver Figura 5)

Figura 5. Diagrama del flujo de la atención de las personas usuarias de los EI-SAM en la Red de Servicios de Salud de la CCSS



FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Criterios de referencia a los EI-SAM

A continuación se detallan los criterios de referencia establecidos para los EI-SAM según eje temático de Salud Mental, Consumo de Sustancia Psicoactivas y Violencia.

Salud Mental

Estos criterios de referencia están asociados a la Carga de Enfermedad[164], la Guía de mhGAP[165], clasificación diagnóstica del CIE-10[166] y la oferta de servicios de las disciplinas miembros del Equipo, los cuales se detallan a continuación: (ver cuadro 9)

Cuadro 9. Listado de criterios de referencia de los Trastornos Mental y del Comportamiento al EI-SAM según CIE-10

Código	Trastorno Mental
F.33.1	Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado
F.33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente remisión
F.33.8	Otros trastorno depresivo recurrentes
F.34.1	Distimia
F.40	Trastornos de ansiedad fóbica
F. 40.0	Agorafobia
F.40.1	Fobias sociales
F.40.2	Fobias específicas (aisladas)
F.40.8	Otros trastornos de ansiedad fóbica
F. 41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F.41.1	Trastorno de Ansiedad Generalizada
F.41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
F.41.3	Otros Trastornos mixtos de ansiedad
F.41.8	Otros Trastornos de ansiedad especificados
F.43	Trastorno de Reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación
F.43.0	Reacción a estrés agudo
F.43.1	Trastorno de estrés post-traumático
F.43.2	Trastorno de adaptación

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Se debe destacar, que es fundamental el desarrollo del diagnóstico diferencial y realizar la referencia cuando corresponda.

[164] Institute for Health Metrics and Evaluation. Carga Global de la Enfermedad (Global Burden of Disease-GBD). Washington D.C.2010
[165] OMS. Guía de Intervención mhGAP: para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas en el nivel de atención de la salud no especializado. Ginebra. 2008
[166] OMS. Clasificación de los Trastornos Mentales y del comportamiento CIE-10. Ginebra. 1994

El Primer Nivel de Atención debe agotar sus recursos según su capacidad resolutiva, competencias y normativa institucional vigente, tomando en cuenta las características de la Red de Servicios de Salud a la que pertenece, previo a la referencia a los EI-SAM.

Las personas usuarias con trastornos mentales y del comportamiento así como patología dual requieren valoración previa de Psiquiatría según criterio profesional.

La Patología dual es objeto de atención por los EI-SAM previo abordaje interdisciplinario por parte del Segundo y/o Tercer Nivel de Atención para su diagnóstico y tratamiento, y posterior referencia según funcionamiento en Red definido para los Equipos.

Los criterios de referencias detallados anteriormente serán de atención por los EI-SAM, siempre y cuando no exista una necesidad de salud que requiera una atención de mayor complejidad (Segundo y Tercer Nivel de Atención). Por lo tanto serán los profesionales de salud (Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría, etc.) de dicho nivel de atención quienes abordarán la patología mental.

Trastorno por Uso de Sustancias

Las personas usuarias con Trastorno por Uso de Sustancias (excepto los opiáceos y drogas inyectables, ya que su abordaje sobrepasa la capacidad resolutiva de los EI-SAM), deben cumplir con los siguientes criterios diagnósticos según CIE-10: (Ver Cuadro 10)

Cuadro 10. Listado de criterios de referencia de Trastornos por Uso de Sustancias al EI-SAM según CIE-10

Código	Trastorno
F1x.1	Consumo Perjudicial
F1x.2	Síndrome de Dependencia

FUENTE: CCSS.DDSS.2015

Se incluye la patología dual que cumpla con los criterios de referencia para Trastorno por Uso de Sustancias (ver Cuadro 10), así como los criterios de referencia de los Trastornos Mentales y del Comportamiento anteriormente mencionados.

En el caso de la población adolescente, se atenderá a los/las adolescentes referidos por consumo de sustancias psicoactivas.

Violencia

Toda persona usuaria referida como sobrevivientes o víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual extra-familiar debe presentar comorbilidad con consumo de sustancias psicoactivas y/o trastornos mentales según criterios de referencia establecidos.

Criterios de Alta

El Alta del EI-SAM se define como el cumplimiento de los criterios para la finalización del proceso de atención por motivo de consulta según criterios de alta definidos, es una decisión

facultativa del EI-SAM, de dar por resuelto el o los problemas identificados en la persona usuaria, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido[167].

Dicha Alta será definida en sesión clínica del Equipo, por el cumplimiento del plan de tratamiento, el cual es de un máximo de 8 meses, para lo cual media una contrarreferencia para su seguimiento al Establecimiento de Salud correspondiente. Por otro lado, cuando la necesidad de salud de la persona usuaria sobrepase la capacidad resolutiva de los EI-SAM, se realiza una referencia al Nivel de Atención con mayor resolutividad que corresponda.

En el caso de existir un estudio de laboratorio y/o gabinete pendientes en el momento del Alta del EI-SAM, se debe referir al Primer Nivel de Atención para que el/la profesional de Medicina de dicho Nivel de Atención realice seguimiento del resultado correspondiente, y defina la conducta a seguir para cada caso.

Criterios de Reingreso

No se cuenta con criterios de reingreso ya que las personas usuarias únicamente serán referidas a los EI-SAM según criterios de referencia y funcionamiento en la Red de Servicios de Salud de la CCSS establecidos.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Como se mencionó anteriormente, los EI-SAM brindan una modalidad novedosa de atención interdisciplinaria y con un énfasis en el trabajo en equipo, por tanto el sistema de referencia y contrareferencia es hacia el Equipo y no así a cada profesional de salud miembro del mismo, a excepción de las referencias realizas por parte del/la profesional de Medicina según su criterio médico hacia otros profesionales de salud cuando corresponda.

Las referencias son emitidas posterior el análisis de los casos en las sesión clínicas de los EI-SAM. De forma adicional, los/las profesionales de salud miembros del Equipo deben sujetarse y actuar conforme a la normativa técnica disciplinar e institucional vigente.

Cabe indicar además que el/la profesional en Medicina al momento de realizar la valoración inicial de la persona usuaria, puede realizar la referencia/contrarreferencia a la Red de Servicios de la Salud Institucional u otra instancia, si considera que el caso requiere una atención que trasciende o no compete a la Oferta de Servicios establecida para los EI-SAM.

Contactos para consultas

- Área de Atención Integral a las Personas. Teléfono: 2223-89-48. Correo electrónico: corraaip@ccss.sa.cr y sus instancias:
    - Programa de Regulación a la Atención de las Adicciones, Teléfono: 2223-89-48

[167] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012.

- Programa de Regulación a la Atención de la Salud Mental, Teléfono: 2223-89-48
- Programa de Regulación a la Atención de la Violencia, Teléfono: 2223-89-48

- Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. Teléfono: 2539-0594. Correo electrónico: corrarsd@ccss.sa.cr y sus instancias:
  - Coordinación Nacional de Enfermería. Teléfono: 2539- 0915. Correo electrónico: secenfer@ccss.sa.cr
  - Coordinación Nacional de Psicología. Teléfono: 2539-1090. Correo electrónico: cnsp_ars@ccss.sa.cr
  - Coordinación Nacional de Trabajo Social. Teléfono: 2539-0594. Correo electrónico: trabsoci@ccss.sa.cr

Abreviaturas

AAIP	Área de Atención Integral a las Personas
AES	Área de Estadísticas en Salud
ASSIST	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias o The Alcohol, Smoking and Susbtance Involvement Screening Test (por sus siglas en inglés)
ARSDT	Área de Regulación y Sistematización del Diagnóstico y Tratamiento
CEINNA	Comité de estudio Integral del adolescente y niño agredidos
CEDAW	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer
CEINNA	Comité de estudio Integral del adolescente y niño agredidos
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social.
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
CIAVIF	Comisión Interdisciplinaria de atención a la violencia intrafamiliar
CICAD	Comisión interamericana para el Control del abuso de drogas
CONACOES	Comisión Nacional para la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
EI-SAM	Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental
FRAMES	Acrónimos de los componentes de la Entrevista Motivacional (por sus siglas en inglés) Feedback (Retroalimentación), Responsibility (Responsabilidad), Advice (Consejo), Menu of Options (Opciones de cambio), Empathy (Empatía) y Self-efficacy (Autoeficacia)
IAFA	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
LOM	Lista Oficial de Medicamentos Institucionales
mhGAP	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental
MS	Ministerio de Salud
OEA	Organización de Estados Americanos
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PME	Persona Menor de Edad
PLANOVI	Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja y familiares como por hostigamiento sexual y violación
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”
REMES	Registros y Estadísticas de la Salud
TAC	Tomografía axial computarizada
TIA	Tasa de incidencia acumulada nacional
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia United Nations International Children's Emergency Fund (por sus siglas en inglés)
VIF	Violencia intrafamiliar

Glosario

Abandono	La familia o cuidadores ponen en grave peligro la salud o la vida de una persona al colocarla en estado de desamparo, abandonado a su suerte
Abuso sexual	Se define como "un contacto sexualizado, físico o verbal u otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, consentimiento inducido por engaño o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida o agredido a realizar alguno de estos actos con terceras personas"[168].
Acoso Escolar o Bullying (en inglés)	Situación social en que uno o varios escolares toman como objeto su actuación injustamente agresiva, contra otro/a compañero/a y lo someten, por tiempo prolongado, a agresiones físicas, burlas, amenazas, aislamiento social o exclusión social, aprovechándose de su inseguridad, miedo o dificultades personales para pedir ayuda o defenderse.
Alta en la especialidad	La decisión facultativa del/la profesional en salud de dar por resuelto el o los problemas identificados en el paciente, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido[169].
Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10)	Es la herramienta estandarizada de diagnóstico epidemiológico, gestión de la salud y otros propósitos clínicos[170].
Contrarreferencia	Es la emitida por el/la profesional en salud con el propósito de que el establecimiento o Área de Salud que refirió a la persona, conozca de lo actuado por éste y pueda incorporarlo en el expediente de salud, que de ella se tiene. Es un instrumento de comunicación entre el personal de salud para brindarle mayor integralidad a la atención[171].
Establecimiento de salud	Estructura física desde la cual la Caja Costarricense de Seguro Social provee en forma directa o por medio de terceros, servicios de atención en salud a la población[172].
Expediente de salud	Es el conjunto de documentos derivados de la atención de una misma persona, y eventualmente, del producto de la concepción, que en un establecimiento, permanecen archivados bajo una misma identificación y con carácter de único. Se consideran sinónimos del término "expediente de salud": expediente médico y expediente clínico[173]. El expediente está conformado por los formularios oficiales aprobados por la Gerencia Médica, y en su caso, por los documentos que se originaren en los procesos de atención en salud que el/la persona usuaria pudiere recibir externamente a la CCSS.
Explotación sexual Comercial	Se define como "la utilización sexual de personas menores de edad, donde medie un beneficio económico o en especie para la niña, niño o adolescente, familiares o personas intermediarias. La utilización de personas menores de edad en pornografía (incluyendo el internet) y en espectáculos públicos o privado de

[168] Asamblea Legislativa. Art.2 del Reglamento Artículo 48 del Código de la Niñez y la Adolescencia. Decreto Nº 30007-S. Costa Rica. 2001
[169] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[170] Tomado de: http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html
[171] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[172] CCSS. Reglamento del Expediente de Salud de la Caja. Costa Rica. 2009
[173] CCSS. Reglamento del Expediente de Salud de la Caja. Costa Rica. 2009

	carácter sexual"[174].
Género	Se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres[175]. Existen dos elementos que resultan imprescindibles para comprender los atributos de género, el "poder" y el "valor" que se le otorga las personas de acuerdo al sexo que tienen. El género es un concepto relacional que atañe a hombres y mujeres, cuyo análisis devela la subordinación de unas ante otros. Cada cultura y sociedad tiene pautas propias de lo que implica ser "masculino" y "femenino", que pueden cambiar según determinantes[176].
Hospitalización	Hospital es el establecimiento destinado a realizar todas o algunas actividades de recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud, mediante atención cerrada o ambulatoria. Son además centros de enseñanza e investigación[177]. La hospitalización queda reservada exclusivamente para perfeccionar un diagnóstico que no haya podido realizarse en la consulta externa o para efectuar un tratamiento que obligue al enfermo a internarse[178].
Hostigamiento sexual	Incluye las siguientes manifestaciones: miradas o gestos invasivos o morbosos que producen incomodidad o intimidación, tocamientos, besos o abrazos en contra de su voluntad, comentarios o bromas sobre su apariencia física o con contenido sexual que resultan ofensivos, enviar o mostrar dibujos, fotos, videos o regalos sexualmente explícitos o pornográficos que resultan ofensivos, invitaciones inapropiadas para salir, preguntas invasivas acerca de su vida privada o comportamiento sexual que resultan ofensivas, miradas o gestos invasivos o morbosos que producen incomodidad o intimidación, tocamientos, besos o abrazos en contra de su voluntad, comentarios o bromas sobre su apariencia física o con contenido sexual que resultan ofensivos, enviar o mostrar dibujos, fotos, videos o regalos sexualmente explícitos o pornográficos que resultan ofensivos, invitaciones inapropiadas para salir, preguntas invasivas acerca de su vida privada o comportamiento sexual que resultan ofensivas, entre otras[179].
Incesto	Se define como "cualquier acto con cariz sexual entre un adulto o adulta en posición de autoridad y una niña o niño en posición de dependencia (el adulto o adulta puede ser un miembro de la familia o una persona que tiene la responsabilidad del cuidado y la seguridad del niño o niña), cualquier acto con cariz sexual que la persona adulta obligue al niño o a la niña a mantenerlo en secreto, cualquier contacto sexual que puede ser directo, pero que no involucra necesariamente la penetración, cualquier contacto sexual indirecto (puede ocurrir sin contacto físico, como sucede al obligar a un niño o niña a desvestirse para la satisfacción sexual del adulto o de la adulta), cualquier contacto sexual directo o indirecto en el cual el niño o la niña no son capaces de consentir, debido a su corta edad o por las diferencias de poder y la naturaleza de la relación con el adulto o adulta[180]. Desde el punto de vista penal, el incesto se tipifica en los delitos sexuales anotados cuando se trata de actividades sexuales con

[174] Claramunt, M. C. Explotación Sexual Comercial. Guía de Trabajo para proveedores/as y encargados/as de servicios dirigidos a personas menores de edad víctimas. OIT-IPEC. 2003
[175] WHO. Gender, Women and Health. Geneva. 2013
[176] Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida. ¿Yo Sexista?: Material de Apoyo para una Educación No Sexista. Comunicación Publicitaria. Argentina. 1999
[177] Poder Ejecutivo. Reglamento general de Hospitales Decreto No 1743-SPPS. Costa Rica. 1971
[178] Poder Ejecutivo. Reglamento general de Hospitales Decreto No 1743-SPPS. Costa Rica. 1971
[179] Sagot, Monserrat. Encuesta Internacional de Violencia contra las Mujeres (IVAWS) del a Universidad de Costa Rica. 2003 Tomado de: http://issuu.com/pnudsv/docs/montserrat_sagot_parte_ii._un_recor
[180] Batres, G. y Claramunt, C. La violencia contra la mujer en la familia costarricense. Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. ILANUD- Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica. 2º edición. Costa Rica. 1998

	abusadores como figura de confianza (familiares consanguíneos o no y otras figuras que aparecen en el Código Penal)[181].
Interconsulta	Es la atención no programada que brinda el/la especialista en salud, a una persona que está siendo atendida en la consulta externa, hospitalización o urgencias, por otro/a profesional de diferente especialidad, subespecialidad o disciplina, por solicitud de éste[182]. El propósito de la interconsulta es aclarar un diagnóstico o establecer un determinado tratamiento, pudiendo brindarse en el consultorio del/la profesional en salud consultante (que realiza la consulta) o en el del consultado/a (que atiende a la consulta)[183]. La interconsulta debe de ser incluida en la agenda del especialista consultado para efectos de reporte estadístico, solo cuando se brinde durante el tiempo programado para la atención de la consulta externa. La atención se registrará en el formulario de evolución de la consulta externa, salvo en los siguientes casos: - Cuando las interconsultas a pacientes hospitalizados/as sean atendidas en el salón de internamiento, en cuyo caso se registrarán en el formulario de evolución de la respectiva hospitalización con indicación de que se trata de una "interconsulta". - Cuando las interconsultas sean para pacientes de urgencias y el/la paciente no cuente con expediente de salud en el centro, en cuyo caso, la atención se registrará en un formulario de evolución con indicación de que se trata de una "interconsulta", la cual se archivará con el respectivo formulario de urgencias.
Negligencia	Es la privación de los recursos y necesidades materiales, biológicas, afectivas, intelectuales, sociales, espirituales del niño, niña o adolescente, a pesar que sus encargados se las pueden brindar o estén en condición de hacerlo, lo que lleva a la no satisfacción de las necesidades básicas.
Patología Dual	Es la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas[184].
Plan de Tratamiento	Esquema técnico de trabajo que se proyecta desarrollar en tiempo y técnicas con la persona usuaria (su aplicación real depende de la asistencia y tiempos de espera entre citas que existen para el servicio en el establecimiento de salud).
Referencias Atendidas	Pacientes atendidos/as cuya cita fue otorgada mediante la presentación de una referencia emitida por un/a profesional en salud de otro centro de salud (referencia externa) o del mismo centro de salud (referencia interna). Es de hacer notar que ambos tipos de referencia afectan el comportamiento de las lista de espera[185].
Referencia Externa	Es la emitida por el/la profesional en salud de un establecimiento o área de salud, para que el/la consultante sea atendido/a en otro centro[186]. La referencia tiene como objetivo informar a los/as profesionales de salud del centro de salud de referencia las razones que motivaron el traslado del caso y de lo actuado en el establecimiento o área de salud que lo refirió[187].

[181] Asamblea Legislativa. Código Penal Ley 4573. Costa Rica. 1970
[182] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[183] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[184] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. España. 2010
[185] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[186] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[187] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012

Referencia Interna	Es la emitida por un/a profesional en salud de un establecimiento o área de salud, para que el/la consultante sea atendido/a por otro/a profesional de distinta especialidad o disciplina del mismo establecimiento o área de salud en cualquiera de sus áreas de atención (Consulta Externa, urgencias u hospitalización)[188].
Referencias Recibidas	Casos que se presentaron a solicitar una cita producto de una referencia emitida por otro centro de salud (referencia externa) o del mismo centro de salud (referencia interna). Es de hacer notar que ambos tipos de referencia afectan el comportamiento de las lista de espera.
Registros y Estadísticas de la Salud (REMES)	Es la dependencia especializada, responsable del sistema de información de los servicios de salud del establecimiento, a cuyo cargo está, entre otros: administrar los registros de salud, brindar apoyo directo a la atención y elaborar las estadísticas de salud[189].
Sustancia Psicoactiva	Existen diversas definiciones, entre ellas[190]: - Sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede alterar la estructura o modificar una o más funciones (según la OMS). - Toda sustancia terapéutica o no, que introducida al organismo, por cualquiera de los mecanismos clásicos (inhalación de vapores o humo, ingestión, fricciones) o nuevos (parental, endovenoso), es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central del individuo, provocando una alteración física, psíquica o intelectual. - Sustancia que, por su naturaleza química, afecta la estructura o funcionamiento de un ser vivo. Esta definición abarca a casi todo lo que la gente ingiere, inhala, se inyecta o absorbe. Incluye medicinas, drogas contra-indicadas, drogas ilegales, drogas bebidas, cigarros, aditivos de alimentos, sustancias industriales, y aún alimentos. Su capacidad de crear dependencia física o psíquica en el consumidor es, precisamente, una de las características más importantes a la hora de definir a una sustancia como droga[191].
Trabajo adolescente	Se define como "la prestación de servicios que realizan personas adolescentes mayores de 15 años y menores de 18 años de edad quienes se encuentran bajo un Régimen Especial de Protección que les garantiza plena igualdad de oportunidades, de remuneración y trato en materia de empleo y ocupación" (Artículo 1)[192].
Trabajo adolescente	Se entiende como "trabajos peligrosos e insalubres las actividades como ocupaciones o tareas que tienen intrínseca la posibilidad de causar daño a la salud física, mental, el desarrollo integral e incluso la muerte de la persona

[188] CCSS. Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa. AES. San José, 2012
[189] CCSS. Reglamento del Expediente de Salud de la Caja. Costa Rica. 2009
[190] CCSS. Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. DDSS. Costa Rica. 2011
[191] CCSS. Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. DDSS. Costa Rica. 2011

[192] **Asamblea Legislativa. Prohibición del Trabajo Peligroso e Insalubre para Personas Adolescentes Trabajadoras Ley 8922. Costa Rica. 2011**

peligroso e insalubre por su naturaleza	adolescente trabajadora" (Artículo 3)[193].
Trabajo infantil	Se entiende como una actividad económica que es realizada por personas menores de 15 años de edad, cualquier que sea su condición laboral (trabajo asalariado, trabajo independiente, trabajo familiar no remunerado y otros), restringiendo su derecho y participación a la educación y causando perjuicios en su salud física, moral y espiritual[194].
Trata de personas	Se entiende como la captación, el transporte, el traslado (viaje-transito), la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esta explotación incluirá, como mínimo: la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud[195].
Violación	Se entiende como "quien se haga acceder o tenga acceso carnal por vía oral, anal o vaginal, con una persona de uno u otro sexo, en los siguientes casos: cuando la víctima sea menor de trece años, cuando se aproveche de la vulnerabilidad de la víctima o esta se encuentre incapacitada para resistir y cuando se use la violencia corporal o intimidación" (Artículo 156)[196].
Violencia	Es "toda acción u omisión por parte de una persona o colectividad, que viola el derecho al pleno desarrollo y bienestar de las personas, y que determina una brecha entre su potencialidad y realidad. Generalmente estas acciones u omisiones se dan debido al desbalance de poder que existe entre las personas. Estos desbalances de poder pueden darse en relaciones explícitamente jerárquicas (por ejemplo: esposo-esposa, padres-hijas/os, maestros/as-estudiantes, jefes-subalternas/os) o aquellas en las que no exista una jerarquía claramente establecida (hermano-hermana, primos-primas, compañeros-compañeras, amigo-amiga), pero en las que igualmente las personas se encuentran en posición de desigualdad debido al género, la edad, el nivel educativo o socioeconómico, la etnia u otra característica"[197].
Violencia contra las mujeres (Violencia de	Se entiende como "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado"[198].

[193] **Asamblea Legislativa. Prohibición del Trabajo Peligroso e Insalubre para Personas Adolescentes Trabajadoras Ley 8922. Costa Rica. 2011**

[194] Ministerio de Trabajo y Seguridad Social et al (2008) Manual para la atención interinstitucional de personas menores de edad en explotación: sexual, trata, trabajo infantil y trabajo adolescente peligroso. Recuperado el 07 de setiembre del 2015 de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/DPEEAS/DPEEAS_manual_interinstitucional_menores_explotacion_2015.pdf

[195] Secretaría de las Naciones Unidas (1998). Protocolo Para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que Complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional Tomado de : http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Strafficking.html Consultado el 07/09/15

[196] Asamblea Legislativa. Código Penal Ley 4573. Costa Rica. 1970

[197] Centro Nacional Para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Despacho de la Primera Dama de la República de Costa Rica. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI): plan operativo 1996-1998. Costa Rica. 1997.

[198] Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Tomado de: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm Consultado el 09/06/15

género)

Violencia de pareja	Es "todo acto de abuso de poder perpetrado por una de las personas integrantes de una relación de pareja contra la otra, relación que puede tener la forma de matrimonio, unión de hecho reconocida o no, sentimental sin convivencia, de noviazgo, actual o pasada, que tiene como resultado un daño real o posible físico, sexual, emocional, psicológico, económico o patrimonial" [199].
Violencia física	Se define como el uso de cualquier fuerza física contra una mujer sin su consentimiento, incluye: tirada de objetos que pueden causar daño, empujones, pellizcos, jalones de pelo, torceduras de brazos, golpes con los puños u objetos, cachetadas, patadas, mordiscos, intentos de estrangularla y ahogarla, quemaduras, tiradas de agua caliente, ácidos u otras sustancias corrosivas, amenazas con armas blancas o de fuego, ataques con armas blancas o de fuego y otras formas de violencia física[200].
Violencia o Maltrato infantil	Se define como "menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por omisión o acción, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, madres, tutores o personas responsables"[201].
Violencia institucional	Se entiende como las acciones u omisiones de las autoridades, funcionarios/as públicos de cualquier institución del Estado que tengan como fin retardar, obstaculizar o impedir que las personas tengan acceso a los beneficios de las leyes y política públicas o al ejercicio de sus derechos o que impliquen abusos, maltrato y causen daños a las mujeres[202].
Violencia Intrafamiliar	Se refiere a "cualquier acto u omisión, llevado a cabo por miembros de la familia y cualquier condición que resulte de dichos actos que priven a otros miembros de la familia de iguales derechos y libertades y/o interfieran en su máximo desarrollo y libertad de elegir" [203].
Violencia hacia adulto mayor	Se entiende como "acto único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". El abuso y maltrato a la persona adulta mayor es una conducta destructiva; puede ser un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento así como la falta de medidas apropiadas para evitarlo. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional, sexual y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no[204].
Violencia patrimonial	La violencia económica se produce cuando una persona niega a otra persona el acceso a los recursos financieros o materiales, por lo general como una forma de abuso o de control o con el fin de aislarla o de imponer otras consecuencias

[199] Centro Nacional Para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Despacho de la Primera Dama de la República de Costa Rica. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI): plan operativo 1996-1998. Costa Rica. 1997.

[200] Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009) Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo.
Tomado de: http://qacontent.edomex.gob.mx/idc/groups/public/documents/edomex_archivo/ipd_pdf_mujer_archivo.pdf Consultado el 07/09/15

[201] Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez. Guía para la detección y atención de Niñas, niños y Adolescentes víctimas de explotación sexual comercial en Nicaragua. Nicaragua. 2009 Tomado de: http://www.ilo.org/ipecinfo/product/download.do?type=document&id=9652 Consultado el 07/09/15

[202] Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2007 Tomado de:
http://www.mp.gob.ve/LEYES/LEY%20ORGANICA%20SOBRE%20EL%20DERECHO%20DE%20LAS%20MUJERES%20A%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA/LEY%20ORGANICA%20SOBRE%20EL%20DERECHO%20DE%20LAS%20MUJERES%20A%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA.html Consultado el 07/09/15

[203] Centro Nacional Para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Despacho de la Primera Dama de la República de Costa Rica. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI): plan operativo 1996-1998. Costa Rica. 1997.

[204] Action on Elder Abuse U.K (1995), International Network for the Prevention on Elder Abuse (INPEA), Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002.

	adversas para su bienestar, incluye lo siguiente: negar el acceso a los recursos económicos, negar el acceso a la propiedad y a otros bienes, disponer de los recursos financieros, propiedades o posesiones materiales de la mujer sin su consentimiento, destrucción o sustracción de objetos personales, negarse deliberadamente a cumplir con las responsabilidades económicas, tales como pago de pensión alimentaria o apoyo financiero a la familia, exponiéndola a la pobreza o a dificultades para satisfacer las necesidades básicas, negar el acceso al mercado de trabajo o a la educación, negar la participación en la toma de decisiones respecto a la situación financiera, entre otras manifestaciones[205].
Violencia psicológica	Incluye las siguientes manifestaciones: insultarle, gritarle, ponerle sobrenombres, humillarle, menospreciarle, denigrarle, hacerle sentir mal consigo misma/o, asustarle o intimidarle, aislarle impidiendo ver a su familia o amigos/as, monitoreo constante de su paradero e interacciones sociales, hacer acusaciones infundadas de infidelidad, controlar su acceso a servicios de salud, medicamentos o anticonceptivos, controlar su acceso a la educación o mercado laboral, amenazarla con hacerle daño a ella/él, a su familia, hijos e hijas, amenazarle con hacerle daño a sus mascotas, amenazarle con matarse o con matarle, entre otras manifestaciones[206].
Violencia sexual	Se entiende como cualquier comportamiento sexual dañino, abusivo, degradante o no deseado que es impuesto a una persona, ya sea por medio del uso de la fuerza o por amenazas o por intimidación, e incluye: tocamientos y exhibicionismo, intentos de violación, violación (penetración vaginal, oral o anal con partes del cuerpo u objetos), otros actos sexuales por medio del uso de la fuerza, amenazas o coerción, explotación sexual, prostitución forzada y trata (obligación de tener relaciones sexuales, incluyendo el ser obligada a tener sexo por dinero o a cambio de bienes o favores; ser trasladada contra su voluntad a otro lugar (nacional o extranjero) y obligada a tener sexo por dinero[207].

[205] Sagot, Monserrat (2003). Encuesta Internacional de Violencia contra las Mujeres (IVAWS) del a Universidad de Costa Rica Tomado de: http://issuu.com/pnudsv/docs/montserrat_sagot_parte_ii._un_recor Consulado el 07/09/15

[206] Alicea, I., El perfil de la violencia en Puerto Rico: 1984-2004.1995 Tomado de: http://www.arecibo.inter.edu/biblioteca/pdf/perfil_de_la_violencia.pdf Consultado el 07/09/15

[207] Luja, M. Violencia contra las Mujeres y Alguien Más. Tesis doctoral. 2013 Tomado de: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29006/Tesis%20completa.pdf?sequence=1 Consultado el 07/09/15

ANEXOS

ANEXO N º 1: Guía para la atención inicial de las personas usuarias

La información será incluida en la hoja de evolución del Expediente de Salud de la persona usuaria.

Esta Guía es una herramienta de orientación y apoyo para el Equipo, y es utilizado principalmente al profesional de salud de Enfermería Salud Mental y Psiquiatría durante el abordaje inicial de la persona usuaria por primera vez posterior a la valoración inicial.

Se debe establecer un encuadre del proceso de atención general de Equipo, que incluye: la valoración inicial, atención del Gestor de Casos, sesión clínica interdisciplinaria, tratamiento y seguimiento; así como el marco de confidencialidad de todo el proceso.

Los indicadores con señalados con una asteriscos (*) deben ser explorados con deteniendo por parte del/la profesional en salud

I. Historia clínica de la persona usuaria

1. Información personal (nombre, lugar de habitación, ocupación, teléfono de contacto).
2. Descripción del motivo de referencia (revisión de la historia clínica).
3. Padecimiento actual.
4. Historia personal (factores de riesgo y/o vulnerabilidad).
5. Antecedentes personales o familiares (trastornos psiquiátricos, consumos de sustancias psicoactivas y situaciones de violencia, tipo de violencia, consecuencias y/o intentos de autoeliminación, entre otros).
6. En el caso de personas consumidoras de sustancias psicoactivas indagar sobre la historia del consumo.
7. Indagar la red social significativa.

II. Dimensión conductual:

Llanto frecuente
Aumento o disminución de la energía o de la actividad*
Aumento o disminución del apetito
Intento suicida y/o homicida*
Dificultad para la atención y la concentración
Impulsividad*
Presencia de tic (simples o múltiples, de tipo motor y/o fonatorio)
Enuresis (diurna, nocturna o ambas)
Encopresis (diurna, nocturna o ambas)

III. Dimensión afectiva

Ánimo depresivo (Apatía, falta de interés, entre otros)*
Angustia y/o ansiedad
Ira y/o enojo*
Irritabilidad
Variaciones de humor
Excitación*
Aplanamiento emocional
Existencia de proceso de duelos

IV. Dimensión somática:

Nauseas y/o Mareo
Palpitaciones, sensación de ahogo y/u opresión en el pecho
Alteraciones del sueño
Sensación de dolor, Especifique
Temblores
Sudoración
Alteraciones en la líbido
Aumento o disminución del apetito

V. Dimensión interpersonal:

Dificultad para relacionarse con otras personas (exceso o falta)
Interacciones agresivas*
Secuelas emocionales y/o conductuales del “Matonismo escolar”/Bullying*

VI. Dimensión cognitiva:

Bradilalia
Ideas delirantes*
Confusión, incoherencia y/o desorientación*
Ideas o imágenes recurrentes
Ideación suicida y/o homicida*
Amnesia
Pensamiento saltón
Fuga de ideas*
Ideación Paranoide*

VII. Dimensión del entorno:

No puede satisfacer necesidades básicas
Inexistencia o insuficiente red de apoyo*
Antecedentes familiares disfuncionales
Antecedentes y/o situaciones actuales de violencia*

VIII. Valoración de riesgo en el caso de situaciones de violencia se deben considerar los siguientes elementos de riesgo:

Ante una situación de violencia se debe hacer valoración del riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos y asegurar la protección inmediata de la persona, activando los protocolos interinstitucionales correspondientes, de acuerdo al grupo etario de pertenencia y al tipo de violencia.

Ante la sospecha de Trata de Personas, se debe notificar de inmediato al OIJ o la Policía de Migración, con la máxima confidencialidad para proteger a la víctima y resguardar la seguridad del personal de salud, pues podríamos estar ante redes internacionales de Trata.

Ha recibido atención en salud como consecuencia de las agresiones o ha recibido atención psiquiátrica producto de las agresiones vividas*
Historia familiar conflictiva y personal/ o con antecedentes o persistencia de violencia intrafamiliar

que genera agresión o maltrato hacia la persona adulta mayor*
Ataques previos del presunto agresor con riesgo mortal, ahorcamientos, asfixia, sumersión, ataque con arma blanca, contundente o de fuego aunque no haya sido*
Síndrome de cuidador cansado, poca tolerancia al cuido*
Enfermedades Mentales, Depresión post parto, Retardo Mental, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, entre otros, por parte del presunto agresor*
La afectada debe egresar de su domicilio por riesgo de muerte
La víctima considera que el presunto agresor es capaz de matarla
Esta recientemente separada, le ha anunciado al presunto agresor que piensa separarse o abandonarlo, ha puesto una denuncia penal o ha solicitado medidas de protección, ha existido amenazas del presunto agresor de llevarse a sus hijos o hijas más pequeñas si decide separarse*
Resistencia violenta a la intervención policial o de otras figuras de autoridad por parte del agresor*
Que el presunto agresor haya maltratado o asesinado mascotas*
Intento o amenaza de suicidio de parte del presunto agresor*
Presencia de algún miembro de la familia con trastornos de la personalidad, conductuales y/o consumo de sustancias psicoactivas (problemas de origen psiquiátrico, emocional o de conducta)*
Ausencia de conocimientos en el grupo familiar, por desconocimiento de la familia sobre los cuidados básicos del Adulto mayor, persona menor de edad o persona con requerimientos especiales*
Hacinamiento en el hogar y/o condiciones de vivienda inadecuadas y falta de servicios básicos*
Deterioro de las condiciones de salud del presunto agresor (como por ejemplo: depresión) y ausencia de conocimientos de cómo cuidar a la persona adulta mayor*
Ser testigo/a de violencia intrafamiliar*
Violencia intrafamiliar o de género por parte del presunto agresor*
Relación familiar disfuncional, problemas económicos, falta de recursos de apoyo y desorganización familiar
Enfermedad crónica incapacitante de la persona adulta mayor o que demande gran atención de parte de tercera persona
Dependencia económica y de vivienda del presunto agresor hacia la persona adulta mayor
Trastornos de conducta incluido déficit atencional con hiperactividad y problemas de aprendizaje por parte de la persona menor de edad
Edades extremas de padres o cuidadores (muy jóvenes o añosos)
Condiciones económicas graves, pobreza extrema y deudas que generan gran estrés a nivel familiar
Trabajos que demandan gran esfuerzo físico o mental por parte del presunto agresor
En Personas Menores de Edad que refieran sufrir bullying, que no esté siendo intervenido(a) en el Centro educativo o Servicio de Salud de referencia.

Otra información que considere pertinente:

ANEXO N º 2: Instrumento ASSIST[208] v3.1

NOMBRE DEL CLÍNICO _____ **CLÍNICA** _____

NOMBRE O ID DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____

INTRODUCCIÓN (*Léasela al paciente. Puede adaptarse a las circunstancias locales*)*

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante su vida y en los últimos tres meses. Estas substancias se pueden fumar, tragar, esnifar, inhalar o inyectar (ver tarjeta de respuestas).

Alguna de las substancias que aparecen en la lista pueden haber sido recetadas por un médico (por ejemplo anfetaminas, sedantes, calmantes). En esta entrevista no registraremos aquellos medicamentos usados bajo prescripción médica. No obstante, si usted tomara estos medicamentos por otras razones, o los tomara más frecuentemente o a dosis más altas que las prescriptas o de una manera que no se pretendía que usted los usara, por favor sírvase informarnos.

Aunque nos interesa saber respecto a su uso de cualquier droga ilícita, le aseguramos que la información obtenida será tratada de manera estrictamente confidencial.

AVISO: ANTES DE HACER LAS PREGUNTAS, ENTRÉGUELE AL CLIENTE LA TARJETA DE RESPUESTAS ASSIST

Pregunta 1 (sírvase marcar la respuesta para cada categoría de substancia)

Durante toda su vida, ¿cuál de las siguientes substancias usó alguna vez? (*SOLAMENTE USO NO MEDICADO*)	No	Sí
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	☐	☐
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	☐	☐
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	☐	☐
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	☐	☐
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	☐	☐
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	☐	☐
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	☐	☐
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	☐	☐
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	☐	☐
j. Otro tipo - especificar	☐	☐

Si todas las respuestas son negativas sugiera: "¿Ni siquiera cuando estaba en el colegio?"

Si la respuesta a todos los puntos es "No" suspenda la entrevista.

Si la respuesta a alguno de los puntos es "Sí", haga la pregunta 2 respecto a cada una de las substancias que se hayan usado

*ASSIST V3.1 se debe usar para realizar controles en entornos clínicos. Para uso en investigación utilice la versión anterior ASSIST v 3.0

© Organización Mundial para la Salud 2010

[208] OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Ginebra. 2011

Pregunta 2

Durante <u>los últimos tres meses</u>, ¿cuán a menudo usó las substancias que mencionó anteriormente *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?*	Nunca	Una o dos veces	Mensual-mente	Semanal-mente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo - especificar	0	2	3	4	6

Si la respuesta a todos los puntos en la Pregunta 2 es "Nunca", vaya a la pregunta 6.

Si en los tres meses previos usó alguna de las substancias de la Pregunta 2, continúe con las Preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las substancias que se hayan usado.

Pregunta 3

Durante <u>los últimos tres meses</u>, ¿cuán a menudo, sintió usted un fuerte deseo o una urgencia por consumir *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?*	Nunca	Una o dos veces	Mensual-mente	Semanal-mente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otro tipo - especificar	0	3	4	5	6

Pregunta 4

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* lo llevó a tener problemas de salud, sociales, legales o financieros?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otro tipo - especificar	0	4	5	6	7

Pregunta 5

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo usted no hizo lo que se esperaba que hiciera debido a su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)*?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otro tipo - especificar	0	5	6	7	8

Haga las Preguntas 6 y 7 para todas las substancias que se hayan usado alguna vez (por ejemplo las que se mencionaron como consumidas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

Alguna vez un pariente, un amigo o cualquier otra persona se han preocupado por su consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?*	**No, Nunca**	**Sí, en los últimos 3 meses**	**Sí, pero no en los últimos 3 meses**
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo - especificar	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha tratado alguna vez de reducir el consumo de *(PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)* pero no logró hacerlo?	**No, Nunca**	**Sí, en los últimos 3 meses**	**Sí, pero no en los últimos 3 meses**
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras ,crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o *Píldoras para dormir* (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo - especificar	0	6	3

Pregunta 8 (por favor sírvase marcar la respuesta que corresponda)

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha usado alguna vez una droga inyectable? *(SOLAMENTE POR USO NO MÉDICO)*	☐	☐	☐

AVISO IMPORTANTE:

A los clientes que hayan usado drogas inyectables durante los últimos 3 meses se les debe preguntar respecto a su patrón de uso durante ese periodo para poder determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE USO	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
En promedio, 4 días por mes, durante los últimos 3 meses o menos.	Breve intervención incluyendo la tarjeta "Riesgos al Inyectarse"
En promedio, más de 4 días por mes, durante los últimos 3 meses.	Mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR EL PUNTAJE ESPECÍFICO PARA CADA SUBSTANCIA

Para cada substancia (codificadas de a hasta j) sume los puntos recibidos a partir de la pregunta 2 hasta la 7 inclusive. No incluya los resultados de la Pregunta 1 ni de la Pregunta 8 en el puntaje total. Por ejemplo el puntaje para Cannabis debería calcularse de la siguiente manera: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada y se calcula de la siguiente manera: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA SEGÚN EL PUNTAJE DE CONSUMO DE SUBSTANCIA ESPECÍFICA DEL PACIENTE

	Registre el puntaje específico de la substancia	No intervención	Recibe intervención breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína		0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetamina		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalable		0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes		0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos		0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

Ahora use la TARJETA ASSIST CON INFORME DE COMENTARIOS para ofrecerle al cliente una breve intervención.

ANEXO N º 3: Insumos requeridos por el EI-SAM

Para el adecuado funcionamiento de los EI-SAM, los mismo requieren de una serie de insumos básicos suministrados por el establecimiento de salud donde estan ubicados, los cuales se detallan a continución:

- Apoyo de los servicios de:
  - Inyectables
  - Servicio de observación y emergencias
  - Farmacia
  - Laboratorio
- Acceso de infraestructura:
  - Cuatro consultorios individuales para los cuatro profesionales del Equipo (psicología, trabajo social, enfermería y medicina)
  - Acceso a espacio para realizar consulta grupal, aproximadamente tres veces por semana
  - Equipamiento necesario para el cumplimento de las funciones del Equipo Interdisciplinario
  - Espacio físico para el personal de REDES que forma parte del Equipo Interdisciplinario
- Coordinación con el Área de Estadísticas en Salud del Establecimiento de Salud.
- Acceso a transporte para la atención domiciliar por parte del/la profesional de trabajo social y enfermería en salud mental y psiquiatría, según cronograma definido

Manual de Procedimientos de los Equipos Interdisciplinarios de Atención en Salud Mental en la Red de Servicios de Salud de la CCSS

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Gerencia Médica
Caja Costarricense de Seguro Social