



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

LN 41: 2021

**LINEAMIENTOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL Y APOYO
PSICOSOCIAL A VICTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA EN
TODAS SUS FORMAS**

Tegucigalpa M.D.C

Noviembre, 2021

Honduras C.A



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

LN 41: 2021

**LINEAMIENTOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL A
VICTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA EN TODAS SUS FORMAS**

**Numero de Referencia
LN 41: 2021**



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

AUTORIDADES

Licda. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Lic. Cesar Edmundo Barrientos

Sub Secretario de Regulación

Dr. Roberto Enrique Cosenza

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Fredy Antonio Guillén

Sub Secretario de Hospitales

Dr. Nery Conrado Cerrato

Sub Secretario de Proyectos e Inversiones

Dr. Roney Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Gertrudis Mireya Fuentes.

Directora de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No. 01-DGN-2022** del 07 de enero del 2022, me permito aprobar el **LN41:2021 Lineamientos De Atención En Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Víctimas y Sobrevivientes de la Violencia en Todas Sus Formas.**



LN 41: 2021

**LINEAMIENTOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL A
VICTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA EN TODAS SUS FORMAS**

Tegucigalpa, M.D.C.

Honduras, C.A.

Noviembre 2021

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCION.....	1
2. OBJETO	2
3. CAMPO DE APLICACIÓN.....	2
4. MARCO DE REFERENCIA	3
5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	4
6. ACRONIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS.	7
7. SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL	8
7.1 Salud Mental y Apoyo Psicosocial en el contexto de La Violencia	8
7.2 Formas de Violencia	9
7.3 Afectaciones de salud mental en los sobrevivientes o víctimas de violencia	9
7.4 Necesidades de Salud Mental y Apoyo psicosocial para las víctimas de violencia.....	10
Figura No. 1: Necesidades de Salud Mental y Apoyo Psicosocial según los niveles de atención de la pirámide SMAPS.....	10
7.5 Organización de los servicios de salud enfocados en SMAPS.	13
Mapa No. 1: Procesos de la Atención y Abordaje.....	13
7.6 Perfil del prestador de servicios en salud mental y apoyo psicosocial	14
7.7 Lineamientos generales para la atención por parte de los prestadores de salud mental.	14
7.8 Acciones en marco de la atención SMAPS victimas y/o sobrevivientes de la violencia. ...	16
7.8.1 Atención SMAPS a víctimas y sobrevivientes de Violencia Doméstica	16
7.8.2 Atención SMAPS a víctimas de violencia sexual.	20
Tabla No1: Atención en base al tiempo de exposición a víctimas o sobrevivientes de violencia sexual.....	20
7.8.3 Atención SMAPS a victimas de violencia armada.	25
Tabla No 2: Tipos de Atención de Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Víctimas de Violencia Armada.....	27
7.8.4 Atención SMAPS a personas víctimas de violencia en condición de vulnerabilidad.	29
Tabla No 3: Actividades para la atención SMAPS a familiares de personas desaparecidas por la violencia.....	31
Tabla No 4: Servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial Sugeridos para la Atención de Personas Víctimas de Violencia Afectadas por Emergencias.....	35

Tabla No 5: Actividades de los servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para las Personas Cuidadoras/intervinientes que Brindan Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia.....	39
Tabla No 6: Atención Ambulatoria Integral a los Exdetenidos.....	43
Tabla No 7: Prestaciones de Servicios SMAPS para Pacientes Hospitalizados con Heridas por Arma de Fuego, Personas con Discapacidades Físicas y Familiares/cuidadores.....	48
8. BIBLIOGRAFÍA.	50
9. ANEXOS	51
Anexo No. 1 Formato de Referencia y Respuesta.	51
Anexo No. 2 Formato SM1 Registro diario mensual de actividades en salud mental.....	54
Anexo No. 3 Formato SM2 Consolidado Regional	56
Anexo No. 4 Formato SM3 – 07: Registro Diagnóstico Mensual de Salud Mental	57

1. INTRODUCCION

La violencia es un problema global de salud y derechos humanos que pone la vida en peligro, viola el Derecho Humanitario Internacional y los principios de la igualdad. Es una amenaza a la paz duradera y una afrenta a nuestra humanidad común.

Las consecuencias de la violencia en la salud son devastadoras. Estas pueden ser físicas, psicológicas y sociales. Los problemas psicosociales y los trastornos mentales se incrementan por múltiples situaciones vividas, las pérdidas experimentadas, las incertidumbres y numerosas situaciones que generan estrés, relacionadas con el evento traumático, colocando a las personas en mayor riesgo de sufrimiento.

La respuesta social a la problemática de la violencia, no es una tarea exclusiva del sector salud, en tal sentido las acciones de abordaje a la misma, involucran no solamente a la red de servicios de salud, sino a todas las instituciones públicas y no públicas que influyen directa o indirectamente en el bienestar y desarrollo de la población.

El presente documento plantea los lineamientos de atención en salud mental y apoyo psicosocial a las personas afectadas por la violencia en todas sus formas, que son necesarios para ordenar y armonizar la prestación de los servicios en el primer y segundo nivel de atención, con el fin de que sean aplicados por los proveedores de servicios de salud en las redes integradas.

Está estructurado en apartados, lo que permitirá el abordaje de las diferentes formas de violencia, para el restablecimiento de la salud mental y social a través de la prevención, atención y rehabilitación.

2. OBJETO

Proporcionar a servidores públicos y no públicos de los establecimientos de salud, gobiernos municipales, locales, comunidad y población en general, estándares en la atención en salud mental y apoyo psicosocial a víctimas y sobrevivientes de violencia en todas sus formas.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

Este documento es aplicable a nivel nacional, en establecimientos de salud públicos y no públicos, organizaciones comunitarias, e instituciones involucradas en la respuesta nacional a las diferentes formas de violencia.

4. MARCO DE REFERENCIA

1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer CEDAW 1979.
2. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”
3. Política Nacional de Salud Mental SESAL 2004.
4. Política Nacional de la Mujer // II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022.
5. Política Nacional de Género en salud SESAL 2015.
6. Plan de Acción sobre Salud Mental OPS/ OMS 2015-2020.
7. Reformas a la ley contra la violencia Doméstica 11 de marzo de 2006
8. Ley Contra la Violencia Doméstica Reformada. (Incluye las Reformas aprobadas por el Congreso Nacional de la República y publicadas en el Diario Oficial La Gaceta, decreto no. 250- 2005 la gaceta, No. 30,950 el 11 de marzo de 2006.
9. Normas para la Atención de la Violencia Doméstica en Honduras SESAL 2014
10. Lineamientos de protección de la salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la pandemia covid-19 SESAL 2021
11. Lineamientos de protección para los prestadores de servicio de salud ante situaciones de riesgo producto de la violencia social. SESAL 2018
12. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0
13. Guía de salud mental y apoyo psicosocial del Comité Internacional de Cruz Roja. 2018
14. Manual de atención integral a mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia basada en género. SESAL 2016

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **Angustia:** estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.
- **Ansiedad:** estado de malestar o sufrimiento emocional ante la anticipación de una posible estimulación aversiva en el futuro, que genera reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.
- **Crisis:** es un estado temporal de trastorno, que se caracteriza por una desorganización reflejada en una incapacidad para enfrentar la situación adversa que se está viviendo, manejar adecuadamente las emociones, enfocar el pensamiento y la conducta en resolver el problema.
- **Confidencialidad:** es un acuerdo implícito o explícito de no dar a conocer información relativa a su paciente. Es un deber de los proveedores de la salud de “proteger la información del paciente y no divulgarla sin autorización.
- **Depresión:** trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de ánimo triste y/o irritable, la presencia de anhedonia y otros síntomas como desesperanza, sensación de indefensión, disminución de la capacidad de atención, y percepción de la realidad desde una perspectiva negativa en lo que se refiere al mundo, a sí mismos y al propio futuro.
- **Derechos Humanos:** son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.
- **Discriminación:** el término discriminación caracteriza una actitud de aceptación o rechazo de una persona o de un grupo basándose en sus respectivas características étnicas, raciales, socioeconómicas.
- **Duelo:** estado psicológico consecuente a la pérdida de un objeto significativa que formaba parte integrante de la existencia. La pérdida puede ser de un objeto externo, como la muerte de una persona, la separación geográfica, el abandono de un lugar, o interno, como la desaparición de una perspectiva, la pérdida de la propia imagen social, un fracaso personal y semejantes.
- **Estigmatización:** estigma consiste en discriminar a un grupo específico de personas, un lugar o una nación.

- **Estrés:** estado de intensa activación fisiológica que pretende actuar como mecanismo para afrontar una situación amenazante. Si se prolonga en el tiempo puede generar cansancio y agotamiento ante el desgaste provocado por el uso continuado de recursos energéticos tanto a nivel físico como mental.
- **Estrés Postraumático:** el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático. Este episodio puede poner en peligro la vida, como la guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual. Pero a veces el evento no es necesariamente peligroso. Por ejemplo, la muerte repentina e inesperada de un ser querido también puede causar TEPT.
- **Encuadre Psicológico:** es el mantenimiento de ciertas variables en constantes, durante el proceso terapéutico o psicodiagnóstico.
- **Enfoque de Género:** es una manera sistemática de explorar las normas, roles y responsabilidades actuales y potenciales de mujeres y hombres, y su acceso y control sobre recursos y beneficios dentro de cualquier situación (Proyecto, hogar, comunidad u otro). Identifica, analiza e informa acciones para abordar desigualdades incluidas en los roles distintos de mujeres y hombres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias de estas desigualdades sobre sus vidas, su salud y su bienestar.
- **Grupos de auto ayuda:** son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común.
- **Intervención en Crisis:** la intervención en crisis es la estrategia que se aplica en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis de cualquier índole que no se haya podido afrontar de manera eficiente.
- **Primer Nivel de Atención en Salud:** es la puerta de entrada al sistema, se atiende ambulatoriamente el mayor volumen a la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad y Facilita la coordinación y el tránsito o itinerario de sus pacientes, asegurando la continuidad de la atención.
- **Proceso de duelo:** es un estado natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso.
- **Psicopatología:** es una disciplina que estudia lo anormal, lo desviado, lo desadaptado, lo trastornado, lo desorganizado, etc.; cuyo interés se centra en la naturaleza y las causas de la conducta anormal o psicopatológica y se plantea como objetivo principal descubrir leyes que regulan la conducta anormal o patológica mediante el método científico.

- **Revictimización:** es una repetición de violencias contra quien ha sido previamente víctima de alguna agresión, aunque sea por omisión (OMS).
- **Salud Mental:** un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS).
- **Salud Mental y apoyo psicosocial (SMAPS):** el término compuesto «salud mental y apoyo psicosocial es cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales».
- **Segundo nivel de Atención en Salud:** asegura la continuidad y complementariedad del proceso de atención de los problemas de salud, que por su nivel de riesgo y complejidad son referidos del primer nivel para su resolución, Sirve de tránsito y derivación hacia las unidades de referencia de los casos que así lo ameriten, ofrecen servicios de emergencia, de hospitalización y atención quirúrgica de acuerdo a su capacidad resolutoria a la población que los necesite, durante las 24 horas de los 7 días de la semana entre estos la atención de urgencias, la consulta externa, el hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía general y especializada.
- **Sobreviviente:** persona que permanece viva y que mantiene su capacidad funcional mientras enfrenta dificultades graves, incluso una enfermedad potencialmente mortal, o después de superarlas.
- **Temor:** es un sentimiento que comúnmente experimentamos los seres humanos y asimismo los animales y que se caracteriza por el despliegue de una acción de huida, de alejamiento de aquella persona, situación, o cosa que despierta el sentimiento, porque claramente se la considera como peligrosa para la vida o la tranquilidad del entorno.
- **Tristeza:** es la emoción que activa el proceso psicológico que nos permite superar pérdidas, desilusiones o fracasos. Nos permite establecer distancia con las situaciones dolorosas para impulsar la interiorización y cicatrización del dolor generado por ellas
- **Víctima:** las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales.
- **Violencia:** es el “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo.

- **Violencia Doméstica:** todo patrón de conducta asociado a una situación de abuso de poder que se manifiesta en el uso de la fuerza física, violencia psicológica, patrimonial, sexual, intimidación o persecución contra la mujer. (Ley contra la Violencia Domestica y sus Reformas 2014)
- **Violencia Sexual:** es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

6. ACRONIMOS, SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

ATA:	Atenciones ambulatorias
CICR:	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades
COPSIH:	Colegio de Psicólogos de Honduras
DDHH:	Derechos Humanos
ESFAM:	Equipos de Salud Familiar
HC 10:	Hoja de referencia –respuesta
IEC:	Información, Educación y comunicación
LGTBI:	Lesbianas, Gais, Transgeneros, Bisexuales, e Intersexuales.
mhGAP:	Programa de Acción para disminuir las brechas en salud mental
MNS:	Modelo Nacional de Salud
MSF:	Médicos sin Fronteras
NNA:	Niño, Niña, Adolescentes
OPS/OMS:	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAP:	Primera Ayuda Psicológica
PNA:	Primer Nivel de Atención
SESAL:	Secretaría de Salud
SM1:	Instrumento de Salud Mental para recolección de información de actividades por profesional.
SM3:	Instrumento de Salud Mental para recolección de información de atenciones.
SMAPS:	Salud Mental y Apoyo Psicosocial
SNA:	Segundo Nivel de Atención
TEPT:	Trastorno de Estrés Postraumático
VD:	Violencia Doméstica.

7. SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL

7.1 Salud Mental y Apoyo Psicosocial en el contexto de La Violencia

En la Región de las Américas, las muertes violentas por homicidio son la principal causa de muerte entre los varones adolescentes y adultos jóvenes. Además, cada día, miles de personas, principalmente mujeres y niños, son víctimas de violencia no mortal, por ejemplo, agresiones causantes de lesiones físicas que requieren tratamiento en servicios de urgencias, así como maltrato físico, sexual o psicológico cuyas víctimas tal vez no soliciten la atención del personal de salud ni de otras autoridades. La violencia destruye vidas, desintegra familias y comunidades, y es una amenaza para el desarrollo¹.

Las víctimas o sobrevivientes suelen padecer depresión, ansiedad y síntomas relacionados con el trauma, aplanamiento afectivo, aislarse de otras personas y revivir la experiencia traumática. Pueden desarrollar también mecanismos de afrontamiento nocivos, como autolesiones, abuso de sustancias o presentar comportamientos agresivos, lo cual solo les causará más sufrimiento. En casos crónicos, estos síntomas provocan a menudo niveles significativos de disfuncionalidad, discapacidad y suicidio. El impacto de la violencia en las víctimas o sobrevivientes depende de diversos factores, entre ellos, su historia personal, el tipo de relación con los agresores y la presencia o ausencia de una red de apoyo social. Por ejemplo, las víctimas de violencia sexual sufren, en particular, un tipo de vulneración muy íntimo.

La respuesta difiere según cada víctima, pero la mayoría de ellas suele percibir que el hecho destruye su sentido de seguridad personal y amenaza sus creencias y supuestos básicos de sí mismas y del mundo que las rodea. Lo que sigue a un ataque puede ser tan punitivo y doloroso como el incidente en sí mismo: hay pruebas de que las víctimas de violación presentan niveles altos de sufrimiento psicológico durante la primera semana después de la violación. Su sufrimiento alcanza un máximo tres semanas después del hecho y permanece alto hasta dos meses más, antes de finalmente empezar a disminuir.

En algunos casos, los síntomas pueden transformarse en un trastorno traumático e incluso provocar, eventualmente, cambios de conducta o de personalidad permanentes. Es posible que los miembros de su familia o comunidad humillen, culpen, rechacen o estigmaticen a las víctimas, que muchas veces deben luchar contra sentimientos abrumadores de vergüenza, culpa y miedo. Tanto si las víctimas hablan sobre su experiencia como si no lo

hacen, muchas veces terminan aisladas y vulnerables a nuevos incidentes de maltrato manifestando diferentes formas de violencia².

7.2 Formas de Violencia

En el marco del documento se abordarán las siguientes formas de violencia:

- Violencia doméstica
- Violencia sexual
- Violencia armada
- Violencia a personas vulnerables.

La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psicológica, los anteriores incluyen privaciones o descuido. La violencia doméstica y sexual, existe en todos los ámbitos y son las formas más comunes de violencia que padecen las mujeres, niños, niñas en el mundo entero y particularmente en Honduras, la violencia armada y a personas vulnerables son las más frecuentes por el contexto social³.

7.3 Afectaciones de salud mental a víctimas y sobrevivientes de violencia

Los problemas de salud mental y psicosociales que padecen las víctimas o sobrevivientes de violencia pueden ser muy diversos, los síntomas psicosomáticos más comunes son dolores de cabeza, de espalda y gastrointestinales creando consultas médicas recurrentes sin mejoría. El adecuado manejo de la salud mental en la población víctima o sobreviviente de violencia ayudara a mejorar el bienestar físico y emocional³

Criterios para determinar que una manifestación emocional se está convirtiendo en sintomática:

- Prolongación en el tiempo.
- Sufrimiento intenso.
- Complicaciones asociadas (ejemplo, conducta suicida).
- Afectación significativa del funcionamiento social y cotidiano.

7.4 Necesidades de Salud Mental y Apoyo psicosocial para las víctimas de violencia

En las emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Una clave para organizar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial es establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes.

Las necesidades se identificaron en base a los niveles de atención de la pirámide SMAPS, las cuales se definen en cuatro niveles y se explican, a partir del cuarto nivel desde la cúspide hacia la base, es decir desde el nivel de atención de mayor complejidad al de menor complejidad⁴.

A continuación, se presenta Figura No. 1:

Figura No. 1: Necesidades de Salud Mental y Apoyo Psicosocial según los niveles de atención de la pirámide SMAPS.



Fuente: adaptado de la Guía IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, 2007.

7.4.1 Cuarto nivel de la pirámide: Servicios especializados en salud mental

Incluye la atención clínica especializada y el tratamiento de personas con condiciones de salud mental crónicas y/o que tienen un sufrimiento grave y que durante mucho tiempo tienen dificultades para afrontar su vida cotidiana. Ejemplo de actividades: centros de tratamiento para los supervivientes de tortura y con tratamientos alternativos a la terapia farmacológica. Los servicios se prestan dentro de los establecimientos de salud y en los centros de detención.

Necesidades especializadas (Atención psiquiátrica):

- Reducción de síntomas asociados a la ansiedad y depresión.
- Restablecer hábitos adaptativos.
- Conciliación del sueño.
- Control de impulsos.

Reducción de síntomas asociados a trastorno de estrés post traumáticas.

Reducción de pensamientos intrusivos.

Prevención de suicidio

Psicosis

Temor y miedo

7.4.2 Tercer nivel de la pirámide: Apoyo psicológico

Incluye actividades de prevención y tratamiento para individuos y familias que presentan un sufrimiento psicológico más complicado y con riesgo de desarrollar condiciones de salud mental. Ejemplo de actividades: intervenciones psicológicas básicas, como consejería o psicoterapia, brindándose en los establecimientos de salud, junto con actividades complementarias de divulgación, o en establecimientos comunitarios, cuando esto es culturalmente aceptable.

Necesidades psicológicas (apoyo psicológico):

- Reducción de las reacciones de estrés, ansiedad y depresión.
- Reducción del sentimiento de miedo, culpa y vergüenza.
- Restablecimiento emocional.
- Mejorar el funcionamiento cognitivo.
- Normalización de signos y síntomas.
- Prevención de suicidio.
- Restaurar la seguridad personal.

- Identificación y remisión de casos con necesidades mayores de salud mental.

7.4.3 Segundo nivel de la pirámide: Apoyo psicosocial focalizado

Incluye la promoción de la salud mental positiva, el bienestar psicosocial y las actividades de prevención, con un enfoque específico en los grupos, las familias y los individuos en riesgo. Ejemplo de actividades: apoyo entre pares, trabajo en grupos. El apoyo psicosocial focalizado puede ser proporcionado por personal de salud, voluntarios capacitados, supervisores y/o miembros de la comunidad capacitados.

Necesidades Sociales (Apoyo psicosocial):

- Restablecimiento de contacto familiares (llamada telefónica).
- Promover la no revictimización de la víctima.
- Promover la no culpabilización.
- Promover una atención de calidez y calidad.
- Garantizar la confidencialidad y privacidad de su situación.

7.4.4 Primer nivel de la pirámide: Apoyo psicosocial básico

Promueve la salud mental positiva, el bienestar psicosocial y actividades comunitarias de resiliencia, interacción y cohesión social. Las actividades en este nivel normalmente están integradas en los sectores de salud, protección, educación y deben estar accesibles en su mayoría para la población afectada. Ejemplo de actividades; Primera Ayuda Psicológica (PAP), actividades recreativas, el personal, los voluntarios y/o los miembros de la comunidad capacitados pueden prestar apoyo psicosocial básico⁴.

Necesidades básicas (Apoyo Social):

- Agua y alimento
- Atención médica
- Protección (refugio, atención temporal)
- Vestimenta
- Necesidades de higiene.
- Asistencia humanitaria (transporte).
- Promover estilo de vida saludable.

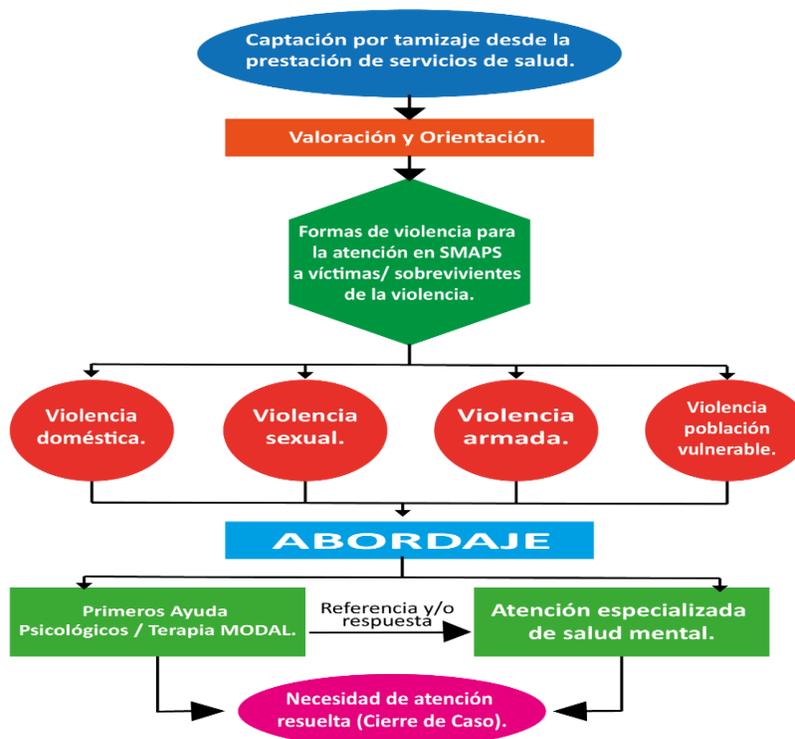
7.5 Organización de los servicios de salud enfocados en SMAPS.

El sistema nacional de salud de acuerdo al Modelo Nacional de Salud incorpora el abordaje integral de salud mental y violencia en el primer y segundo nivel de atención.

En el primer nivel de atención se brinda el abordaje desde los establecimientos de salud a través de las consejerías de familia, conformado por personal capacitado, psicólogos, psiquiatras, trabajadoras Sociales, asesores legales, médicos y enfermeras con preparación en atención primaria en salud mental.

En el segundo nivel de atención desde el servicio de emergencia se brinda la intervención en crisis y se realiza la derivación a quién corresponda si lo amerita, a los hospitales de especialidad psiquiátrica. En la prestación de servicios de salud mental se trabaja a través de citas para seguimiento por medio del sistema de Referencia – Respuesta (**anexo 1 formato de referencia respuesta.**)

Mapa 1: Procesos de la Atención y Abordaje



* si un caso es cerrado y regresa de nuevo tendrá que iniciar desde el primer paso

7.6 Perfil del prestador de servicios en salud mental y apoyo psicosocial

El prestador de servicios de salud mental que se encuentra en los establecimientos de salud y en los ámbitos de atención a los sobrevivientes y víctimas de violencia debe actuar de manera integrada como parte del equipo de respuesta a nivel nacional en base a los siguientes aspectos⁵:

- Tener una actitud proactiva, rápida, flexible, cercana y mediadora.
- Priorizar la intervención para disminuir los síntomas de estrés, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad.
- Proporcionar una primera ayuda psicológica que respete la dignidad, cultura y capacidad del individuo.
- Respetar cultura y creencias del usuario
- Ser empático y comunicativo
- Ser ético y prudente
- No discriminativo; ni estigmatizar al usuario
- Estar capacitado en salud mental y las formas de violencia
- Conocer el sistema de referencia y respuesta

7.7 Generalidades para la atención por los prestadores de salud mental.

- Identificar las necesidades de salud mental y psicosociales de manera individual y colectiva
- Promover y gestionar en los establecimientos que prestan servicios de salud, espacios físicos idóneos que cuente con la privacidad para brindar la atención.
- Evitar al máximo posible la revictimización de las víctimas/sobrevivientes de la violencia.
- Capacitar a los profesionales de salud mental y personal humanitario involucrado en la respuesta a las necesidades que surgen por las diferentes formas de violencia de manera diferenciada según la labor que desempeñan.
- Brindar atención a las/los sobrevivientes y víctimas de violencia, salud mental y apoyo psicosocial a la población en general y a grupos de mayor vulnerabilidad.
- Brindar atención clínica directa especializada a personas sobrevivientes o víctimas de violencia con trastornos psíquicos.
- Diseño y desarrollo de campañas de comunicación social sobre prevención de la violencia en todas sus formas.

- Todo profesional de servicio de salud mental debe llevar registro de sus acciones y atenciones en los formatos del sistema de información establecidos, para futura evaluación, análisis y propuestas de acciones inmediatas y futuras.
- Coordinación técnica con la mesa de prevención de la violencia, salud mental y apoyo psicosocial intra e intersectorial.
- Tratar los síntomas psiquiátricos (de nueva aparición o agudizaciones en personas con trastornos mentales previos) con abordajes combinados farmacológicos y psicoterapéuticos.
- Prever y diseñar planes o estrategias de manejo adecuados e individualizados para situaciones que involucren personas con trastornos mentales graves, niños o adolescentes, situaciones sociales y familiares complejas.
- Garantizar la continuidad de la atención a través del sistema referencia-respuesta en el cuidado de las personas sobrevivientes o víctimas de violencia con padecimientos graves de salud mental.
- Todos las/los usuarios que ameriten psicoterapia serán evaluados y cada atención brindada ya sea de primera vez o subsiguiente por el profesional de salud mental será registrada en el expediente del usuario en las Atenciones ambulatorias (ATA) para luego procesarlo en el SM1, SM 2 y SM3⁵ (instrumentos oficiales de Salud mental SESAL) (ver Anexos No. 2, 3 y 4).

7.8 Acciones en el marco de la atención SMAPS según las formas de violencia

7.8.1 Atención SMAPS a víctimas y sobrevivientes de Violencia Domestica

Las siguientes acciones se aplicarán a “todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la fuerza física, violencia psicológica, patrimonial, sexual, intimidación o persecución contra la mujer y el ejercicio desigual del poder: toda conducta dirigida a afectar, comprometer o limitar el libre desenvolvimiento de la personalidad de la mujer por razones de género”⁶.

Acciones de los profesionales de Psicología⁶:

- Para la atención psicológica se utilizarán técnicas y procesos psicoterapéutico, individual, grupal y familiar según el caso.
 - Entrevista - Historia básica.
 - Intervención en crisis.
 - Psicoterapia individual breve e intensiva.
 - Psicoterapia de pareja.
 - Grupos psicoterapéuticos.
 - Psicoterapia Familiar (Todos los pacientes que ameriten psicoterapia serán evaluados para utilizar las técnicas psicoterapéuticas más adecuadas).
- El profesional de salud mental coordinara un equipo de trabajo con el personal idóneo de la consejería de familia para la atención integral de las víctimas/sobrevivientes de la violencia doméstica.
- Llevar la responsabilidad de la psicoterapia del grupo durante las sesiones de tratamiento.
- Elaborar un plan psicoterapéutico para cada grupo en tratamiento.
- Mantener la confidencialidad de la información que surge en los grupos psicoterapéuticos.
- La atención psicológica de personas afectadas por violencia Domestica sean estas de primera vez o subsiguientes, se brindará con calidez, empatía, confiabilidad y confidencialidad para que las personas logren avances en su empoderamiento, autoestima, asertividad y su rehabilitación.

- Toda atención o actividad desarrollada por el profesional de la psicología, en su ejercicio profesional deberá apegarse estrictamente a los principios del código de ética del psicólogo.
- El profesional de salud mental de la Consejería de Familia atenderá un promedio de 8 pacientes diarios por 2 días, 2 grupos psicoterapéuticos por semana (de primera vez y subsiguientes) mas 5 atenciones individuales, excepto cuando hayan programado otras actividades del equipo del CIS o Región. Un día a la semana será dedicado a reuniones de auto supervisión, elaboración de informe y análisis de casos.
- Las emergencias serán consideradas prioritarias cuando se presenten.
- La atención psicoterapéutica individual, tendrá una duración de 45 minutos por sesión, según las necesidades del paciente.
- El tiempo para sesiones psicoterapéuticas grupales serán de 2 horas, debiéndose anotar al final de las mismas los aspectos más relevantes en la hoja evolución del expediente grupal.
- La psicoterapia breve intensiva o de urgencias tendrá una duración de 60 minutos, una vez por semana y hasta 12 sesiones, considerando la dinámica o evaluación individual.
- La psicoterapia del grupo se dará a las personas que presenten problemáticas afines o por grupos de edad. (niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres).
- Según el criterio profesional de psicología, formará grupos de apoyo para las víctimas de la Violencia Domestica; coordinado por la trabajadora social u otro profesional de apoyo.
- El profesional de la psicología es el responsable del registro diario /mensual de actividades y del registro diagnóstico mensual en Salud Mental, para que esta información llegue mensualmente al estadígrafo del establecimiento de salud. Al mismo tiempo monitoreará que dicha información llegue a más tardar en los 5 días hábiles del mes siguiente al área de gestión de la información de la Región Sanitaria.
- Cada atención brindada ya sea de primera vez o subsiguiente por el profesional de la psicología será registrada en el ATA, para luego procesarlo en el SM I y SM3. **(Ver Anexos 2, 3 y 4).**

- Toda niña(o), adolescente, mujeres y otros grupos vulnerables que sufran maltrato en cualquiera de sus manifestaciones: físico, emocional, sexual (incesto o violación) o por negligencia, tiene derecho a ser atendido(a) con prioridad.
- Crear espacios para el estudio de casos entre los profesionales de salud mental, una vez al mes.

Importante: Durante la sesión psicoterapéuticas no se permitirán interrupciones de ninguna índole, se colocará un rotulo que diga: "Favor no interrumpir, favor no molestar "El profesional de salud mental no deberá involucrarse afectivamente en los problemas de los pacientes del programa y proceso psicoterapéutico.

Acciones de los profesionales de Trabajo Social (apoyo psicosocial)⁶:

- Coordinar tres grupos de apoyo, personas afectadas por violencia doméstica, semanalmente.
- Formación de grupos de autoayuda, institucional y comunitario.
- Coordinar capacitaciones con grupos institucionales y de la comunidad según demanda.
- Realizar estudios socio-económicos en casos que lo ameriten.
- Ser responsable de actividades de promoción, sensibilización, detección y seguimiento de casos.
- Coordinar grupos de madres/ padres de los menores atendidos.
- Coordinar y ejecutar estrategias de comunicación (IEC) para la prevención de la violencia doméstica.
- Participar en el análisis de casos y capacitaciones con el resto del equipo de la consejería.

Acciones de la asesoría legal (apoyo social)⁶:

- Tiempo de servicio será de ocho horas diarias.
- Realizar asesorías legales y/o acompañamiento a personas afectadas por violencia doméstica.
- Realizar asesoría legal a cuatro personas como mínimo y cinco como máximo por día. Excepto los días de acompañamiento; o cuando se realizara un procedimiento legal, impartir y recibir capacitaciones.
- El profesional del derecho debe mantenerse en constante actualización de conocimiento jurídicos y científicos que beneficie a usuarias y usuarios de las consejerías.
- Comparece ante las instituciones centralizadas y descentralizadas sean públicas o privadas a realizar gestiones de carácter legal de las personas afectadas.
- Participa en reuniones con el equipo multidisciplinario de consejería de familia.
- Los profesionales del derecho se reunirán cada 15 días para formar sus círculos de estudio para la discusión de casos y actualización de temas.

Acciones para la atención y reeducación a hombres⁶:

- Los hombres referidos y que acudan por demanda espontánea serán atendidos individualmente y luego a través de grupos de reflexión.
- Los grupos de masculinidad estarán conformados por hombres que, en forma obligatoria o voluntaria, necesitan un espacio para reflexionar sobre la construcción de la identidad masculina y la violencia intrafamiliar / doméstica.
- Los grupos de masculinidad estarán integrados por 5 hombres como mínimo y 15 como máximo y estarán orientados a deconstruir el sistema de creencias machistas y modificación de conducta.

7.8.2 Atención SMAPS a víctimas de violencia sexual

La violencia sexual se refiere a los actos de naturaleza sexual que se imponen por la fuerza, por la amenaza del uso de la fuerza o por coacción provocada por la amenaza de violencia, coerción, detención, opresión psicológica o abuso de poder, que pueden perpetrarse contra mujeres, hombres, niñas o niños. La violencia sexual puede incluir cualquiera de los actos siguientes: violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otro tipo de violencia sexual de gravedad comparable. La violencia sexual no se limita a la violencia física y no necesariamente incluye un contacto físico. Puede incluir violaciones anales y vaginales; desnudez forzada; masturbación forzada; violación forzada de terceros; ser forzado a presenciar la violación de otras personas, incluidos familiares, amigos u otros detenidos; padecer el uso de instrumentos sobre los genitales; traumatismos, como los producidos por golpes con palos, cables, etc. y amenazas sexuales verbales².

7.8.2.1 Acciones de salud mental y apoyo psicosocial para la atención de víctimas o sobrevivientes de violencia sexual¹.

Tabla 1: Atención en base al tiempo de exposición a víctimas o sobrevivientes de violencia sexual

Casos menores de 72 Horas	Casos mayores de 72 Hrs a 6 meses	Casos mayores a 6 meses
<p>Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En caso de sospecha de violencia sexual se debe hacer referencia inmediata a la atención médica, de no haberla recibido.</i> • Garantizar la privacidad y confidencialidad en la atención e información proporcionada. • Todo profesional entrenado en atención a víctimas de violencia puede brindar atención primaria en salud mental y remitir a Psicología para seguimiento. • Restablecer el contacto con familiares con medios existentes, en casos que sea requerido. • Remisión a Trabajo Social y/o servicios de asistencia en temas de protección. (Ver Anexo No.1) 	<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En caso de sospecha de violencia sexual se debe hacer referencia inmediata a la atención médica, de no haberla recibido.</i> • Garantizar la privacidad y confidencialidad en la atención e información proporcionada. • Referir a Trabajo Social y/o servicios de asistencia en temas de protección. (Ver Anexo No.1) 	<p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la privacidad y confidencialidad en la atención e información proporcionada. • Referir a profesionales de salud mental, trabajo social y/o servicios de asistencia en temas de protección. (Ver Anexo 1). • En caso de no haber recibido atención médica se debe referir a la revisión médica.

Fuente: Adaptación del protocolo de atención a sobrevivientes de violencia sexual (documento interno de MSF .2017).

Importante: “En caso de que un menor de 18 años víctima de violencia sexual requiera la prestación del servicio, prevalecerá el interés superior del niño garantizando su integridad física y mental, se debe notificar a las autoridades competentes”.

7.8.2.2 Acciones de atención para niños y niñas de 1 a 7 años sobrevivientes/víctimas de violencia sexual.

- Adaptar el lenguaje de la atención según la edad del niño o niña que estamos atendiendo, y enfatizar la confidencialidad de la información que nos brinda
- En caso de desamparo y pasividad, brindar la protección y comprensión que la/él menor requieren, facilitando el acceso a la atención, afecto, consuelo y cobijo.
- Para reducir la falta de concentración y las reacciones generadas por el miedo generalizado, facilite la expresión de la situación a través del juego (dibujar, colorear, hablar).
- Promueva la protección personal, exprese que usted le apoyara para reducir la sensación de malestar general.
- Brinde confianza en la atención respetando su situación: respete los silencios, dé respuestas claras y concretas a las preguntas de las/os niñas/os, cada vez que lo necesiten y asegúrese que ellos entiendan.
- Ayúdeles a ponerle nombre a lo que sienten (sueños desagradables, pesadillas, no duermen corrido y despertarse en la madrugada), por ejemplo: “¿Eso que sientes se llama miedo, tristeza o enojo? Y preguntar: ¿Dónde lo sientes?, y explore en base a la respuesta.
- En caso de que los menores no quieran separarse de los padres o personas que les protegen, ayude a que los niños y niñas hablen de sus sentimientos. Si uno les pregunta que sienten y no responden, les puedes preguntar: ¿Cómo se siente tu amiguito?, y explore en base a la respuesta.
- Cuando los menores regresen a conductas ya superadas, por ejemplo; chuparse el dedo, enuresis (orinarse en la cama), encopresis (defecarse), balbuceo y lenguaje infantil, aliénteles a hablar de lo que les pasó, con las personas de su confianza.
- Procure ser comprensivo, con aquellos menores que realicen juegos repetitivos acerca del evento traumático.

7.8.2.3 Acciones de atención para menores de 8 a 11 años sobrevivientes/víctimas de violencia sexual.

- Cuando los menores se sientan responsables, preocupados o culpable por el evento, ayúdele a expresar sus sentimientos y pensamientos sobre lo sucedido.
- Ayude a identificar los temores y angustias sobre el evento traumático, en aquellos casos donde los menores sientan miedo de estar solos y con todo aquello que les recuerda el evento.
- En caso de que los menores jueguen o platiquen repetitivamente y con exceso de detalles, acerca del evento; dígales que sus sentimientos y reacciones son normales ante lo sucedido.
- Acompañe a los menores en la verbalización de su miedo, enojo, tristeza, etc.
- Cuando presenten problemas de atención y de aprendizaje, dígales que informen a sus padres y maestros, cuando sus sentimientos y pensamientos no le permitan aprender.
- Apóyeles para que platiquen de sus sueños, con el fin de reducir las alteraciones del sueño (pesadillas) que pudieran surgir tras experimentar un evento de violencia sexual.
- Al momento de pensar que algo les pasará a sus papás, hermanos y amigos, bríndeles espacio y escucha para que puedan compartir sus preocupaciones. Hábleles siempre con la verdad.
- Promueva reuniones con niñas/os, padres y madres, para que puedan expresar lo que están sintiendo y así reducir cambios inesperados de conducta (los niños activos se vuelven inactivos y, al contrario).
- Cuando expresen sentir dolor corporal (cabeza, pecho y estómago) ayúdeles a entender sus dolores corporales y si es necesario remitir a servicios médicos.
- En caso de preocupación extrema, escúchele y explique que pueden hablar de sus angustias.
- Enséñeles a tener calma cuando estén con angustia (juegos, pintar, dibujos, etc.) o se muestren preocupados por no saber qué hacer con lo que ellos sienten (sentirse inquietos, confundidos, sentir incertidumbre y vulnerabilidad).

7.8.2.4 Acciones de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en adolescentes de 12 a 18 años.

- Fomente discusiones sobre el evento o alrededor de este, en caso de surgir sentimiento de “culpa” por haber sobrevivido.
- Cuando se presente desinterés por la vida, hable sobre ideas realistas sobre lo que se pudo y no se pudo hacer.
- Ayúdeles a entender el significado normal de sus sentimientos (inseguridad y sensación de vulnerabilidad) y como expresarlos (hablando honestamente sobre lo sucedido).
- Si después del evento se presenta consumo de drogas o sustancias, delincuencia, cambio de conducta y conductas sexuales de riesgo; ayúdeles a entender que estas conductas son producto de la experiencia vivida.
- En caso de presentarse conductas autodestructivas, tendencia a tener o provocar accidentes; discuta con ellos las dificultades que se pueden presentar en las relaciones con la familia, compañeros y amigos.
- Cuando se presenten cambios repentinos en sus relaciones con las personas (se tornan más agresivas) brinde el espacio y la escucha activa para que puedan hablar de “posibles planes de venganza”. En caso de que se confirmen estos planes, explíqueles que los pensamientos que tiene, son consecuencias normales del impacto emocional del evento.
- Pedirles que no hagan cambios drásticos en su vida, como el abandono de la escuela y buscar un trabajo, así como dejar prematuramente el hogar.
- Proporcióneles alternativas factibles de acción y acompañelos para su ejecución, en caso de expresar sentirse incapaces de hacer planes a futuro.

7.8.2.5 Acciones de atención a víctimas o sobrevivientes de violencia sexual mayores de 18 años

- Explicar las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas (atención médica, psicológica, social y legal)
- Preguntar qué necesita y ofrecerle ayuda. Transmítale la convicción de que no será juzgada y que se encuentra entre personas que le brindarán el apoyo disponible
- Asegurar que en todo momento sus derechos y cultura serán respetados.
- Asegúrele que nadie decidirá por la persona ni será presionada, ni tampoco obligada a apresurarse en la toma de sus decisiones, que tiene tiempo para tranquilizarse.

- Tomar en cuenta que estos signos, síntomas, reacciones y pensamientos se pueden manifestar en diferentes grupos etarios.
- Asegurarse de brindar una atención diferenciada, distinguiendo a menores, adolescentes y personas vulnerables.

7.8.3 Generalidades sobre la Atención SMAPS a víctimas de violencia armada².

La violencia armada consiste en el uso intencional de armas, con el propósito de amenaza o para infligir la muerte, heridas, discapacidades duraderas o daño psicológico que impide la seguridad y desarrollo de comunidades. (Declaración de Ginebra sobre la Violencia Armada y el Desarrollo, 2006)

Las mujeres mayores, personas con discapacidad, población en movilidad (migrantes en tránsito y retornados), desplazadas por la violencia, refugiadas y las que viven en zonas de riesgo social son particularmente vulnerables. La violencia tiene un impacto significativo en los problemas de salud física, psicológica, sexual y reproductiva. Las víctimas y/o sobrevivientes de violencia armada deben tener acceso al apoyo de SMAPS dentro de las estructuras de salud o en otras instalaciones.

Los niños/as y adolescentes son otro grupo vulnerable que requiere una consideración especial, particularmente los niños separados de sus cuidadores primarios. Sin la protección y el cuidado de sus familiares en el momento en que más los necesitan, muchas veces son vulnerables frente al hambre, enfermedades, violencia, reclutamientos por grupos armados, explotación y los abusos sexuales.

A las víctimas de violencia armada y sexual incluidos los niños/as y adolescentes, puede resultarles muy difícil obtener ayuda. Cuando se brinda asistencia, es posible que, por los prejuicios o por la falta de capacitación de los cuidadores, las víctimas se sientan culpables, sean revictimizadas o estigmatizadas. El miedo y la vergüenza generan silencio, lo cual dificulta la labor de identificar a las personas que necesitan apoyo.

7.8.3.1 Aspectos a considerar en la atención SMAPS de las personas víctimas o sobrevivientes de violencia armada.

Se observa frecuentemente que las víctimas de violencia armada suelen padecer depresión, ansiedad y síntomas relacionados con el trauma, como sentirse emocionalmente embotadas, aislarse de otras personas y revivir la experiencia traumática. Con frecuencia, las personas afectadas son estigmatizadas y rechazadas por sus comunidades e incluso por sus propias familias debido a la naturaleza de la violencia experimentada o los problemas mentales sobrevivientes.

7.8.3.2 Respuesta en la atención SMAPS para víctimas de violencia armada.

- Una respuesta eficaz requerirá un marco psicosocial sólido, para que a las víctimas les resulte más accesible y seguro pedir ayuda. Con ese fin, es importante que la planificación de la prestación del servicio tenga en cuenta el contexto sociocultural de la violencia, facilite la participación de la comunidad y fomente la confianza entre los prestadores de servicios y las comunidades.
- Para los casos que se encuentran en movilidad, por ejemplo, víctimas desplazadas por la violencia, será necesario que los servicios de salud mental estén capacitados para brindar atención especializada breve y de única intervención enfocado en el abordaje de la sintomatología que presente la víctima/sobreviviente de la violencia, para favorecer que las personas puedan recobrar su funcionalidad y capacidad para tomar decisiones. Asimismo, los prestadores de servicios deberán conocer las rutas de atención y organizaciones disponibles para atender las necesidades de las poblaciones de forma integral.
- La prestación de servicio SMAPS deberá integrar la atención médica, psicológica y psicosocial.
- Es necesaria una respuesta de salud integrada que asegure la continuidad de cuidados a las víctimas.
- Aunque las víctimas no suelen hablar abiertamente de sus experiencias, es posible que busquen tratamiento por sus síntomas físicos (por ejemplo, lesiones, fatiga, dolores de cabeza, infecciones urinarias o infecciones de transmisión sexual). Por ello, las estructuras, instalaciones de salud deben

cumplir una función clave para identificar a las víctimas de violencia armada.

- Tomar en cuenta la función de los líderes comunitarios, que suelen ser miembros respetados de la comunidad, en los que la población confía. Dado que las víctimas de violencia pueden dirigirse a ellos en busca de apoyo y orientación, estos líderes pueden contribuir también a identificar a las personas que necesitan atención en salud mental.
- Para abordar con eficacia las necesidades de las víctimas de violencia armada, es crucial crear un entorno seguro para ellas. Eso implica adoptar un enfoque de “no causar daño” que vaya más allá de la gestión clínica.
- Las víctimas tienen que poder revelar a los prestadores de servicios detalles de la violencia que han sufrido sin correr el riesgo de que se estigmatice
- Las actividades de atención sanitaria, tanto en estructuras de salud como a nivel de la comunidad, deben ser discretas y dirigirse a todas las personas afectadas por la violencia.
- Se deben proteger la identidad de las víctimas y garantizar plena confidencialidad.

Las víctimas de violencia armada pueden recibir atención de salud mental y apoyo psicosocial por parte de profesionales de salud mental, personal sanitario o actores clave de la comunidad (capacitados) de las formas que se describen a continuación:

7.8.3.3 Atención de Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Víctimas de Violencia Armada².

Tabla 2: Tipos de Atención de Salud Mental y Apoyo Psicosocial a Víctimas de Violencia Armada

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Consultas individuales	<ul style="list-style-type: none"> • Los prestadores de servicios de salud mental, miembros del personal sanitario o actores clave de la comunidad debidamente capacitados identifican a las personas con síntomas de sufrimiento psicológico y dan tratamiento. • En casos de necesidades psicológicas graves, se deriva a los pacientes a servicios especializados. • Cada consulta individual dura, en promedio de 60 minutos. El proceso de seguimiento puede contar con el apoyo de equipos de trabajo comunitarios.
Visitas domiciliarias	<p>Previo a la realización de la visita domiciliaria se deberá tomar en cuenta el contexto del caso, para salvaguardar la integridad física y psicológica del profesional de salud mental.</p> <p>Si hay trabajadores sociales, actores clave o equipo de trabajo de la comunidad debidamente capacitados, podrán organizarse visitas a domicilio para víctimas con necesidades psicológicas específicas. El objetivo de esas visitas es brindar apoyo, identificar otras necesidades, evaluar los recursos individuales, familiares y comunitarios, hacer un seguimiento de los casos de pacientes que no puedan acceder a sesiones de apoyo individuales o grupales o que no deseen acceder a esas sesiones por temor a que se estigmatice. En ciertos casos, los pacientes podrán ser referidos a servicios especializados.</p>
Apoyo grupal	<p>Los grupos son dirigidos por prestadores de servicios de salud mental, miembros del personal sanitario, actores clave o equipos de trabajo de la comunidad debidamente capacitados. Los participantes deben comprometerse a preservar la confidencialidad. Esos grupos pueden ser abiertos (es decir, que admiten participantes nuevos en cualquier momento) o cerrados (es decir, solo disponibles para quienes participan en ellos desde el principio). El contenido dependerá de las necesidades de los participantes. En promedio, cada grupo realiza entre cinco y catorce sesiones de aproximadamente 1,5 horas cada una, con un máximo de doce participantes.</p>

7.8.4 Atención SMAPS a personas víctimas de violencia en condición de vulnerabilidad⁷.

7.8.4.1 Generalidades sobre familiares de personas desaparecidas por la violencia².

Una persona desaparecida es una persona que se encuentra en paradero desconocido para sus familiares o que, la base de información fidedigna, ha sido dada por desaparecida de conformidad con el derecho interno en relación con una situación de violencia o disturbios de carácter interno, migración, una catástrofe natural o cualquier otra situación que pudiera requerir la intervención de una autoridad pública competente.

A menos que se especifique otra cosa, el término “familiar” deberá comprenderse según las disposiciones del (Código Civil/ Derecho de familia). Debe incluir, como mínimo, a las siguientes personas:

- Los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio, hijos adoptivos e hijastros;
- El cónyuge legal o conviviente;
- Los padres (incluidos la madrastra, el padrastro y los padres adoptivos);
- Los hermanos, los hermanastros y los hermanos adoptivos.
- Otros miembros de la familia extendida como los abuelos, tíos, personas cuidadoras entre otros.

7.8.4.2 Necesidades de Salud Mental y Apoyo Psicosocial de los familiares de personas desaparecidas

Los familiares de personas desaparecidas muchas veces deben afrontar también problemas psicológicos y psicosociales específicos que pueden provocar sufrimiento y perturbar su capacidad de funcionar y de hacer frente a su vida cotidiana.

- **Afrontar una pérdida ambigua**, La teoría de la pérdida ambigua, se basa en el supuesto de que la incertidumbre asociada con el hecho de desconocer el paradero de un ser querido (o no saber si esa persona está viva o muerta) generalmente causa un enorme sufrimiento a personas, parejas y familias. Al contrario que la muerte, la pérdida ambigua no ofrece certeza, ya que la persona puede aún estar viva en algún lugar; el hecho de que no se hayan

recuperado, sus restos implica que la familia no puede celebrar una ceremonia de entierro y avanzar con el proceso de duelo.

Los familiares que sufren una pérdida ambigua pueden experimentar síntomas de depresión, estrés y somatización. La ambigüedad prolongada puede paralizar a las personas: se posponen decisiones, frenan las estrategias de afrontamiento, suspende el proceso de duelo, y las familias quedan atrapadas en un limbo confuso. Es posible que la persona afectada se sienta incapaz de retomar sus funciones, normas y ritos en la familia o la pareja, ya que no sabe si su familiar desaparecido volverá algún día.

- ***Aislamiento social y emocional:*** Los familiares de personas desaparecidas muchas veces se sienten emocionalmente aislados. Tal vez, creen que nadie entiende su sufrimiento y, por consiguiente, se niegan a pedir ayuda. Algunos miembros de la comunidad pueden perder la paciencia con esa falta de cierre del tema, y otros pueden estigmatizar activamente a esas familias basándose en suposiciones sobre el destino de la persona desaparecida.
- **La lucha contra el olvido, la búsqueda de sentido y la necesidad de reconocimiento,** En un ambiente de silencio e incertidumbre, las personas luchan activamente por mantener vivo el recuerdo de sus familiares desaparecidos, tanto en el seno de la familia como en la comunidad en general. A veces mediante una búsqueda persistente de respuestas, luchando por obtener el reconocimiento formal de la condición de esa persona y hablando de ellas. Sin embargo, ese enfoque puede suponer una adaptación negativa si incluye pensamientos obsesivos y conductas compulsivas que afectan su salud mental. Buscar una forma de abordar y canalizar la necesidad de las familias de recordar a sus familiares desaparecidos y de reconocer de alguna forma su condición de “personas desaparecidas” podría reducir el sufrimiento. Es posible que los familiares requieran apoyo psicológico y psicosocial durante un proceso de conmemoración, ya que pueden surgir diversas dificultades en el transcurso y al final de ese proceso.
- **En general,** los familiares de las personas desaparecidas no suelen tener problemas de salud mental graves, aunque muchos sí requieren apoyo psicológico para recuperar cierta normalidad y mejorar su funcionamiento individual y social.

7.8.4.3 Respuesta de Salud Mental y Apoyo Psicosocial a familiares de personas desaparecidas

El objetivo principal de la respuesta SMAPS es mejorar la capacidad de personas y familias para adaptarse a las dificultades que surgen de la desaparición de uno o varios de sus familiares y recuperar poco a poco su bienestar psicológico y psicosocial. Eso puede incluir aprender a convivir con la incertidumbre. Puede lograrse empleando los recursos propios de las familias y de la comunidad (a nivel tanto local como nacional) creando una red de apoyo.

Los familiares se abordan como una unidad, porque la incertidumbre acerca del destino o el paradero de un pariente puede tener un impacto tanto directo como indirecto en todos los miembros de la familia. Entre los problemas más comunes, se cuentan desacuerdos sobre lo que pasó con la persona desaparecida, distintos mecanismos de afrontamiento y problemas de comunicación entre familiares. Es posible que ciertos miembros de la familia requieran apoyo psicológico especializado individual. Pueden experimentar incertidumbre, culpa o ira que les causan sufrimiento o falta de interés en otros aspectos de sus vidas, o quizá se culpen de lo sucedido u oscilen entre la esperanza y la desesperación. Además de ser personas ya vulnerables, pueden resultar ser víctimas de estafas, extorsiones, incluso los mismos familiares, en su afán de la búsqueda y la necesidad de una respuesta se convierten en víctimas de estos delitos.

Tabla 3: Actividades para la atención SMAPS a familiares de personas desaparecidas por la violencia.

Actividad	Propósito	Metodología	Resultados esperados
Sesiones individuales	Brindar apoyo psicológico y psicosocial a personas o familias con necesidades y problemas específicos a nivel de Salud Mental	La frecuencia y el nivel de apoyo dependerán de las necesidades de la familia.	Se fomenta el acceso abierto y la derivación a otros prestadores de servicios. Se mejora la funcionalidad, mecanismos de afrontamiento y se reduce el sufrimiento psicológico.
Formación de Grupos de apoyo	Brindar a los familiares apoyo psicológico y psicosocial básico mediante experiencias compartidas y la interacción social.	Grupos, con la facilitación de un profesional en salud mental o personal de salud capacitado. Un promedio de entre seis y diez sesiones a intervalos regulares (semanal o quincenal)	Los familiares: <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzan su red de apoyo; • Reducen su sufrimiento psicológico; • Mejoran su funcionamiento cotidiano; su conocimiento y su capacidad de aplicar mecanismos de afrontamiento nuevos o existentes.

7.8.5 Generalidades de las personas afectadas por desastres climatológicos, emergencias sanitarias o causados por el ser humano⁸.

Se declara una emergencia cuando la situación humanitaria cambia (en lo que respecta a la magnitud, la urgencia o la complejidad de las necesidades) significativamente y de forma repentina, cuando grandes sectores de la población corren un riesgo grave de morir, padecer grandes sufrimientos o perder la dignidad y cuando la capacidad de respuesta humanitaria en el terreno para hacer frente a la crisis es limitada⁴.

En contextos de emergencias, los problemas psicosociales y de salud mental suelen dejarse de lado debido a la exigencia urgente de abordar “necesidades básicas” insatisfechas. Sin embargo, desde hace algunos años se reconoce cada vez más que las situaciones de emergencia imponen una gran carga adicional a la salud mental y al bienestar psicosocial de las personas afectadas.

Durante las emergencias y mucho después de ellas, la población sufre diversas consecuencias psicosociales y de salud mental agudas y prolongadas. Esos problemas pueden ser provocados por la propia emergencia (por ejemplo, lesiones, muerte de seres queridos, separación familiar, pérdida de fuentes de

ingresos, aumento de la violencia, pérdida de apoyo comunitario), por estados preexistentes (por ejemplo, trastornos de salud mental) o por la respuesta humanitaria (por ejemplo, refugios superpoblados, falta de privacidad). Aunque las necesidades en el plano de la salud mental y el apoyo psicosocial pueden ser agudas a corto plazo, también pueden debilitar el bienestar a largo plazo de las personas y las comunidades afectadas.

La inclusión de una respuesta de salud mental y apoyo psicosocial es, por consiguiente, esencial para proveer una respuesta holística. Los horrores vividos, las pérdidas, la incertidumbre, el ser víctimas de violencia y muchos otros factores de estrés relacionados con las situaciones de emergencia exacerban el riesgo de que las personas afectadas experimenten diversas dificultades sociales, psicológicas y de conducta.

7.8.5.1 Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de personas víctimas de desastres climatológicos, emergencias sanitarias o causados por el ser humano¹.

Las dificultades psicosociales y de salud mental están estrechamente relacionadas, especialmente en las emergencias, ya que se produce una devastación personal, social y económica.

Por lo que necesitan apoyo en:

- Las reacciones psicológicas provocadas por emergencias incluyen tristeza, temor, ira, hipervigilancia, insomnio, pesadillas, irritabilidad, culpa, pensamientos suicidas, vergüenza (la llamada “culpa del sobreviviente”), confusión, desesperanza, retraimiento y desorientación.
- Es común que se presenten en los altos niveles de ansiedad, debido a la falta general de información y de acceso a servicios básicos, y es probable que empeore el sufrimiento psicológico preexistente, como los casos de depresión, ansiedad y duelo complicado.
- El sufrimiento psicológico puede manifestarse también con síntomas físicos, como dolores de cabeza, fatiga, pérdida del apetito y dolores diversos.
- Con el tiempo, la mayoría de las personas con esas reacciones agudas lograrán superarlas, siempre que puedan satisfacer sus necesidades básicas y reanudar su funcionamiento cotidiano y siempre que reciban el apoyo que necesitan.

- Algunas personas con síntomas relacionados con el trauma y con el estrés siguen sufriendo mucho tiempo después del episodio de emergencia y podrían reunir los criterios de diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Para afrontar la situación y el sufrimiento que le sigue, es posible que algunas personas desarrollen mecanismos de afrontamiento poco saludables, como abuso de sustancias, conductas agresivas o aislamiento social.

En muchos casos, el aumento de las necesidades psicosociales y de salud mental supera la capacidad de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial disponibles, que probablemente estuvieran poco desarrollados y que se deterioran más aún en una emergencia. La falta de servicios, la violencia, sumada a la enorme devastación y a las necesidades básicas insatisfechas, puede llevar al descuido de las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial. Las personas que ya padecían trastornos de salud mental o que los desarrollan en ese momento, son más vulnerables en situaciones de emergencia. Es posible que su estado se deteriore rápidamente, pero además es probable que reciban poco tratamiento o ninguno y que se interrumpa cualquier tratamiento anterior.

7.8.5.2 Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial para las personas víctimas desastres climatológicos, durante las emergencias sanitarias o causados por el ser humano⁴.

- Brindar apoyo psicológico y psicosocial para satisfacer necesidades de salud mental de los distintos grupos.
- Prevenir que surjan nuevas necesidades de salud mental y apoyo psicosocial o que empeoren las existentes en la población afectada.
- Garantizar las atenciones en lugares de alojamiento temporal, para grupos vulnerables, tales como: realizar monitoreos semanales de la situación, establecer un mecanismo para la identificación y levantamiento de necesidades, crear un mecanismo de recepción de solicitudes y posterior respuesta, sistematizar las acciones y procedimientos establecidos dentro de dichos espacios, identificar las líneas de comunicación existente, seguir y aplicar las directrices nacionales de atención en salud con el fin de disminuir el riesgo de contagios masivos, y de prevención de violencia doméstica, sexual y abusos a niñas y niños.

- Fortalecer la coordinación con diferentes instancias y que el personal que atiende, tenga la capacitación y los insumos requeridos para brindar las atenciones.
- Ayudar a cumplir con servicios básicos y de seguridad, seguidos del apoyo comunitario y familiar, apoyo no especializado y por último los servicios especializados de salud mental.
- Brindar apoyo psicosocial enfocado en las necesidades básicas y los factores sociales estresantes, divulgando información esencial.
- Activar los sistemas de apoyo psicológico básico a través de los prestadores de servicios de salud o actores de la comunidad existentes.
- Derivar a los prestadores de servicios especializados las personas con trastornos de salud mental graves y velar por que accedan al servicio.
- Brindar apoyo a las víctimas a través de evaluaciones rápidas de las necesidades y de actividades innovadoras.
- Dar psicoeducación, para informar a las personas acerca de los problemas de salud mental.
- Ayudar a las personas a comprender que los problemas que se abordan en el marco de su afectación de salud mental son completamente normales en relación con su experiencia vivida (normalización de síntomas).
- Tener un enfoque basado en consideraciones de salud pública tales como promover la salud, brindar psicoeducación, alentar la conciencia y la participación de la comunidad.
- Adaptar las intervenciones de emergencia de salud mental y apoyo psicosocial a las características de cada crisis.
- Identificar a las personas con necesidades de protección, de salud física o con problemas psicosociales y de salud mental graves, y determinar adonde se podría derivar a esos pacientes.

Tabla 4: Servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial Sugeridos para la Atención de Personas Víctimas de Violencia Afectadas por Emergencias.

OBJETIVO	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Capacitación de los prestadores de servicios de salud y eventualmente a los actores claves de la comunidad.	Contar con prestadores de servicios capacitados y eventualmente a los actores claves de la comunidad sobre las necesidades y las consecuencias SMAPS y necesidades de protección para víctimas de violencia, para mejorar la respuesta a ese tipo de situaciones de emergencia.	<p>Implementar herramientas de capacitación y material informativo y de sensibilización pertinentes, según la situación específica y el público previsto.</p> <p>Brindar capacitación al personal sanitario y eventualmente a los actores claves de la comunidad sobre cuestiones SMAPS, como las reacciones psicológicas</p> <p>identificación de síntomas y de reacciones agudas de estrés, la provisión de apoyo psicológico básico y las vías de derivación a servicios de protección para víctimas de violencia.</p> <p>Creación de equipos de trabajo comunitario e identificar los mecanismos más eficaces para realizar actividades de sensibilización y de intercambio de información (por ejemplo, radio, líneas de atención telefónica, folletos, TV).</p>	<p>El personal de salud y los actores clave de la comunidad (según los recursos locales y su disponibilidad) tienen los suficientes conocimientos y habilidades para brindar apoyo psicológico básico a personas con necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia.</p> <p>El personal de salud y los actores clave de la comunidad pueden identificar los casos de sufrimiento psicológico grave y los cuadros psiquiátricos y efectuar las referencias necesarias (servicios de protección o salud física).</p> <p>La información sobre las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial y los servicios de protección disponibles en una emergencia se divulga entre las personas y las comunidades afectadas.</p> <p>Se facilita el acceso a servicios SMAPS y de protección a víctimas de violencia.</p>
Referencias	Tomar las medidas necesarias para referir apropiadamente a las personas con necesidades específicas de salud mental y de protección a víctimas de violencia.	<p>Hacer un mapeo de los servicios especializados en salud mental y de protección, para referir a otros servicios.</p> <p>Actualizar continuamente el mapeo para referencias.</p> <p>Colaborar con las autoridades locales y con otras entidades que participan en la respuesta SMAPS/Protección y brindarles apoyo.</p>	<p>Se identifica correctamente a las personas con trastornos de salud mental y se les refiere a servicios especializados.</p> <p>Se identifica a las personas víctimas de violencia con necesidades de protección y se les deriva a los servicios pertinentes.</p>
Supervisión	Seguimiento y	Brindar asesoramiento y	Hay miembros del personal de salud o

	<p>apoyo continuos para que el personal sanitario y los actores clave de la comunidad puedan aplicar los conocimientos y las aptitudes que hayan adquirido en la capacitación.</p>	<p>supervisión periódica al personal sanitario y los actores clave de la comunidad capacitados, para que puedan ofrecer primera ayuda psicológica.</p> <p>Visitas periódicas a las estructuras de salud y reuniones y debates periódicos con el personal de salud o los actores clave de la comunidad, según sea necesario.</p>	<p>actores clave de la comunidad adecuadamente capacitados que prestan servicios de apoyo psicológico y psicosocial de buena calidad.</p> <p>Se identifican los casos psicológicos graves (urgentes) y se les refiere adecuadamente.</p> <p>Se identifican otras necesidades de protección y se hacen las referencias correspondientes a otros servicios.</p> <p>Se emplean métodos de recolección de datos de salud mental y apoyo psicosocial (SM1, SM2 y SM3).</p>
--	--	---	---

7.8.6 Generalidades SMAPS para personas involucradas en los cuidados de las víctimas o sobrevivientes de la violencia².

Los cuidadores son personas que atienden las necesidades humanitarias y ocupan un puesto de servicio en la primera línea. Son miembros de una comunidad afectada por situaciones de violencia, que la comunidad conoce, en quienes confía y a las que pide consejo, ayuda y apoyo.

Tienen un acceso privilegiado a las personas de su comunidad que necesitan asistencia, además, con una perspectiva cultural importante que los prestadores de salud externos pueden no tener. Estas personas pueden ser empleados o voluntarios.

Los cuidadores pueden ser:

- Miembros de equipos de intervenciones, cuya función implica ser los primeros en llegar al lugar donde se ha producido un incidente crítico en la comunidad o en brindar asistencia ante una emergencia, por ejemplo: personal de ambulancias, especialistas en primeros auxilios, personal médico especializado en emergencias, miembros de equipos de intervenciones de emergencias de la comunidad, etc.
- Actores clave de la comunidad, que cumplen una función activa en su comunidad para brindar servicios o atención a otras personas, por ejemplo: líderes comunitarios, docentes, personal médico no especializado en emergencias y otros voluntarios.

7.8.6.1 Necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de personas involucradas en los cuidados de las víctimas o sobrevivientes de la violencia

Las necesidades psicológicas y psicosociales de los cuidadores pueden ser, en general, similares a las personas que ayudan, pero es más probable que los cuidadores presenten necesidades especiales motivadas por su labor de asistencia en circunstancias muy difíciles. Algunas de las preocupaciones que se enumeran aquí tienen que ver con un estrés que supera el que producen los factores estresantes cotidianos generales. El estrés es un estado de alteración que muchas veces se describe como la sensación de verse superado, tenso y preocupado. Por lo que es necesario apoyar:

- **En las reacciones de estrés agudas** ocurren como consecuencia de hechos en los que se amenaza a una persona con someterla o ser testigo a incidentes de violencia o a la muerte. Esos tipos de actos suelen denominarse “incidentes críticos”: un hecho único, repentino e inesperado que afecta la integridad física o psicológica y que se produce sin dar tiempo a la persona para prepararse emocionalmente.

Las reacciones pueden incluir irritabilidad, desasosiego, problemas de sueño y de alimentación, fatiga, retraimiento y mutismo. Además de otras reacciones, como un período de atención reducido y problemas de memoria, pueden presentarse síntomas relacionados con el trauma, como flashbacks y conductas de evitación. En el marco del proceso de recuperación, pueden producirse algunas reacciones emocionales intensas que pueden asustar a las propias personas afectadas y ser difíciles de comprender para quienes las rodean, como cambios de humor, excitación, culpa, ira, tristeza, sensación de alienación, indiferencia, sensación de estar fuera de control e insensibilidad emocional.

- **Las reacciones de estrés acumulativas** tienen que ver con factores estresantes de baja intensidad, pero crónicos que predominan en la vida de una persona y que “se amontonan” unos sobre otros. Se trata de un tipo de estrés gradual que afecta a las personas a lo largo del tiempo y que puede causarles fatiga profesional o desgaste profesional (burnout). El burnout es consecuencia del estrés prolongado que provoca la sobrecarga de trabajo y lleva al agotamiento físico y psicológico, así como a la falta de motivación y de entusiasmo.
- **El trauma vicario (o indirecto)** es una exposición indirecta a hechos traumáticos a través de relatos o narraciones de esos hechos en primera persona por parte de quienes los han padecido. Con el tiempo, esa exposición genera una experiencia vicaria, en la que quienes escuchan esos relatos presentan ellos mismos reacciones relacionadas con esos traumas.

- **El trauma secundario** implica la experiencia directa de ser testigo de los hechos traumáticos que afectan a otros. Aunque el testigo no es una víctima primaria de esos hechos, puede ser una víctima secundaria si se ve abrumado por lo que ve y oye en persona. Según la naturaleza y el grado de su exposición, es posible que los testigos sufran también un trauma primario. El trauma secundario puede afectar, asimismo, a familiares y otras personas cercanas a víctimas de un trauma, por la cercanía de su relación con estas.

7.8.6.2 Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial de personas involucradas en los cuidados de las víctimas o sobrevivientes de la violencia.

La prestación de servicios orientadas a “Cuidar a los cuidadores” emplean diversas estrategias para reforzar el bienestar de las personas cuidadoras y empoderarlas en su función, además de mejorar la calidad de la labor vital que cumplen, y se basan en una respuesta doble:

- Ayudar a los cuidadores a que se cuiden a sí mismos: las actividades se adaptan a la cultura respectiva y tienen como objetivo proporcionar a los cuidadores herramientas que refuercen sus recursos internos, y a pedir apoyo cuando lo necesiten. Además, se propone que los jefes o supervisores hagan todo lo que puedan, para reducir los factores estresantes laborales que pueden afectar a los cuidadores, como ser: medidas de seguridad, bioseguridad, descanso y reconocimiento de la labor.
- Enseñar a los cuidadores habilidades de salud mental y apoyo psicosocial, para que puedan apoyar a las comunidades afectadas: El objetivo de la respuesta de salud mental y apoyo psicosocial no es capacitar a los cuidadores para que puedan brindar una atención de salud mental curativa, sino fortalecer sus capacidades y recursos específicos para brindar primera ayuda psicológica en el ámbito de sus funciones y asegurar que sepan cuándo y a dónde referir a un paciente.

Para que la prestación de servicio SMAPS cumpla esos dos objetivos, se requiere mucho más que talleres de capacitación ocasionales. La estrategia más eficaz es integrar los aspectos psicológicos y psicosociales en la capacitación central que reciben los cuidadores para su función actual (por ejemplo, en su capacitación sobre primeros auxilios). Además, la capacitación, la supervisión y el seguimiento deben ser continuos. Si se enseñan aptitudes de primera ayuda psicológica a los cuidadores, mejorarán la confianza en sí mismos y podrán adaptarse a situaciones estresantes.

Tabla 5: Actividades de los servicios de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para las Personas Cuidadoras/intervinientes que Brindan Atención a Víctimas/Sobrevivientes de Violencia

Actividad	Propósito	Metodología	Resultados Esperados
<p>Capacitar a los cuidadores/intervinientes para que puedan cuidarse a sí mismos</p>	<p>Lograr que los cuidadores/intervinientes adquieran conocimientos de herramientas de gestión del estrés, de cómo prevenir y abordar las consecuencias negativas de los incidentes críticos en materia de salud mental y apoyo psicosocial, a nivel tanto individual como grupal.</p>	<p>Talleres con los cuidadores para intercambiar y analizar conocimientos sobre cuestiones de salud mental y apoyo psicosocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar las consecuencias de la exposición a la violencia en materia de salud mental y apoyo psicosocial. - Explorar los desafíos que los cuidadores deben afrontar en sus funciones, el estrés, la normalización de las reacciones o los mecanismos de afrontamiento propios, por ejemplo: sesiones de gestión de estrés, autocompasión, apoyo entre pares, mecanismos de afrontamiento. 	<p>Los cuidadores cuentan con conocimientos suficientes en materia de salud mental y apoyo psicosocial para comprender los desafíos que plantea su labor y afrontarlos mejor.</p> <p>Los cuidadores comprenden las técnicas de autoayuda y se sienten cómodos al emplearlas y al acceder a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.</p>
<p>Apoyo estructural o gestión</p>	<p>Establecer un sistema de gestión del estrés sostenible y de buena calidad que esté integrado en la institución de los cuidadores (por ejemplo, hospitales, centros de salud etc.).</p>	<p>Promover el tema ante las autoridades y/o tomadores de decisiones con el fin de sensibilizarlos en la importancia de la salud mental de los cuidadores/intervinientes.</p> <p>Las actividades de sensibilización incluyen recomendaciones sobre el descanso y la recuperación, pausas adecuadas para el personal que trabaja en condiciones estresantes, descripciones de puestos bien definidas, comunicación clara, mecanismos para reducir la tensión tras los incidentes críticos.</p> <p>Las sesiones de sensibilización son dirigidas por profesionales de la salud mental.</p>	<p>Las autoridades y/o tomadores de decisiones comprenden la importancia de centrarse en la preparación psicológica y la recuperación de los cuidadores tras los incidentes críticos.</p> <p>Integran el apoyo psicológico y psicosocial en las actividades básicas de cada grupo específico de cuidadores.</p> <p>Designan un responsable para la gestión del estrés.</p>
<p>Sesiones individuales</p>	<p>Brindar apoyo psicológico y psicosocial a los cuidadores con necesidades y problemas específicos a nivel de Salud Mental.</p>	<p>Habilitar el servicio SMAPS y la frecuencia y el nivel de apoyo dependerán de las necesidades del cuidador</p>	<p>Se fomenta el acceso abierto y la derivación a otros prestadores de servicios.</p> <p>Se mejora la funcionalidad, mecanismos de afrontamiento y se reduce el sufrimiento psicológico.</p>

7.8.7 Personas privadas de libertad afectados por la violencia (tortura)².

Una persona está privada de libertad (detenida) cuando se le confina en un espacio reducido, bajo el control o por aprobación de un actor estatal o no estatal, y no puede salir por su propia voluntad. Se considera detenida a una persona desde el momento de su aprehensión o desde que se retiene sin darle permiso ni autoridad para irse, hasta que se le libere².

Las personas privadas de libertad son intrínsecamente vulnerables, especialmente en situaciones de violencia, cuando los sistemas de detención pueden verse perturbados. El aumento de las detenciones muchas veces excede la capacidad del sistema judicial y penitenciario, por lo que las instalaciones están descuidadas, superpobladas o controladas por grupos armados. En esas circunstancias, se vuelve más difícil mantener el trato humano hacia los detenidos: las condiciones de vida se deterioran, se puede ver obstruido el acceso a los servicios de salud y a que se les impongan restricciones, tales como la separación o el aislamiento. Independientemente de los motivos de la detención, algunos grupos son especialmente vulnerables, por ejemplo: las mujeres, los menores de edad, las personas de edad avanzada, las personas heridas, población LGTBI, personas enfermas o con discapacidades, las personas con uso o abuso drogas y las personas con trastornos mentales.

El trato inhumano, las malas condiciones de vida y la falta de gobernanza en los lugares de detención pueden resultar física y psicológicamente perjudiciales para los detenidos. Es posible que sean víctimas de violencia por parte del personal de los centros penitenciarios o de otros detenidos. Entre otros factores, la superpoblación y la escasez de personal de custodia son factores de riesgo que provocan el aumento de la violencia entre los detenidos. También es posible que los detenidos se vean expuestos a abusos físicos, psicológicos y sexuales mientras están reclusos.

En situaciones de violencia o en épocas de agitación política, suelen aumentar los actos de tortura, los malos tratos y las ejecuciones extrajudiciales en los lugares de detención. Esos tipos de experiencias causan, tanto en las víctimas como en sus familiares, un impacto físico, psicológico y psicosocial, cuyos efectos perduran mucho tiempo después de finalizados los hechos.

7.8.7.1 Generalidades de salud mental y apoyo psicosocial a personas privadas de libertad.

Muchas personas con trastornos de salud mental graves que ingresan en centros de detención presentan dificultades significativas. En muchos casos, llegan adultos con enfermedades mentales y con antecedentes de problemas de salud crónicos, desempleo, situación de calle, inestabilidad económica, consumo de drogas y otras conductas de alto riesgo.

La tortura es un mecanismo complejo que puede traumatizar el cuerpo, comprometer el funcionamiento social debilitar la autonomía y la identidad de una persona, su sentido de seguridad y su capacidad de sobrevivir. La tortura puede también afectar profundamente la conexión y la confianza de la persona en sus familiares, sus amigos y la sociedad en general. Puede impedirle establecer vínculos y quebrantar su sistema de creencias la forma en que ve al mundo y su lugar en éste.

Más allá de las marcas físicas que perduran por la tortura y los malos tratos, el impacto psicológico puede ser catastrófico. Aunque los efectos varían considerablemente, según el Protocolo de Estambul, los problemas psicológicos más comunes son la depresión mayor y los trastornos relacionados con el trauma, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Las reacciones pueden ser, entre otras, la revivificación de los hechos, la evitación y el aplanamiento afectivo, vivir con miedo constante, el abatimiento depresivo, el deterioro del autoconcepto, los ataques de pánico, las quejas somáticas, el abuso de sustancias o el deterioro neuropsicológico. Las víctimas de malos tratos y tortura pueden seguir sufriendo enormemente y no poder llevar una vida normal después de la liberación.

Ya sean problemas físicos, secuelas psicológicas que perduran en el tiempo o exclusión social (a nivel familiar, profesional o comunitario), las necesidades de las personas detenidas deben atenderse de forma integral para que el apoyo resulte eficaz, requerirán un mayor manejo clínico a largo plazo después de ser puestas en libertad⁹.

7.8.7.2 Respuesta de salud mental y apoyo psicosocial a personas privadas de libertad

- Las personas privadas de libertad se le debe brindar acceso a la atención médica y psicológica con calidad y calidez.
- Las personas privadas de libertad deben ser informadas sobre la salud preventiva, medidas de mitigación que la instalación está tomando, en un lenguaje claro preciso y en un formato que entiendan (carteles, folletos, discusiones en grupos pequeños).
- Las personas en los centros de detención, especialmente aquellas aisladas pueden experimentar miedo, preocupaciones e incertidumbres, aumenta las enfermedades relacionadas con el estrés, así como los trastornos mentales preexistentes, por lo que se debe tener a disposición servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
- Las personas detenidas con afecciones psiquiátricas previas o en riesgo agudo potencial deben tener asegurado la identificación, evaluación, apoyo inmediato y continuación del tratamiento psiquiátrico y psicológico según sea el caso.
- Brindar atención y seguimiento cercano en SMAPS a grupos vulnerables potenciales: los adultos mayores, personas con afecciones de salud subyacentes/comorbilidades, los menores infractores y los detenidos con su madre, mujeres embarazadas y personas con discapacidad.
- Sensibilizar al personal penitenciario y médico respecto de la importancia de las necesidades de los servicios de apoyo psicológico y psicosocial.
- Promover el bienestar general de los detenidos con trastornos mentales recomendando la aplicación de condiciones especiales según el trastorno de que se trate, en el sentido de brindar a la persona afectada un trato basado en la discriminación positiva (por ejemplo, una persona que padece esquizofrenia no debe ser alojada en una celda sobrepoblada, porque es posible que esa situación agrave sus síntomas).
- Proveer tratamientos de salud mental disponibles, empleando los protocolos apropiados y que se utilicen procedimientos de categorización eficaces que permitan identificar a los detenidos que padecen problemas de salud mental.
- Una vez liberados, los detenidos que fueron víctimas de malos tratos deben ser derivados a lugares que pueden ayudarlos a superar una amplia gama de problemas psicosociales y de salud mental (desempleo, dificultades relacionales con sus familiares y la comunidad).
- Al brindar atención ambulatoria, se debe facilitar la prestación de una atención integral (que incluya apoyo médico, psicológico y psicosocial) a los exdetenidos

que deben lidiar con las consecuencias de una privación de libertad prolongada o de haber sido objeto de malos tratos o de tortura. Puede brindarse atención ambulatoria, mediante las siguientes actividades:

Tabla 6: Atención Ambulatoria Integral a los Exdetenidos

ACTIVIDAD	PROPÓSITO	METODOLOGÍA	RESULTADOS ESPERADOS
Hacer abogacía con las autoridades o tomadores de decisiones.	Encaminar los esfuerzos hacia el logro de una atención de salud continua para los exdetenidos, en el marco de un enfoque integrado (servicios médicos, psicosociales y de salud mental).	<p>Establecer o reforzar asociaciones con prestadores de servicios disponibles (públicos o privados), con miras a que se atiendan las necesidades de los ex privados de libertad.</p> <p>Sensibilizar y capacitar a los prestadores de servicios sobre las necesidades específicas de los ex privados de libertad.</p>	Los prestadores de servicios de salud presentes en la comunidad atienden las necesidades de los ex privados de libertad y sus familiares cuentan con el apoyo de esos servicios tras la liberación.
Atención y referencias	Ayudar a los exdetenidos a reintegrarse en la sociedad y garantizar que se atiendan sus necesidades físicas, psicológicas y psicosociales.	<p>El personal de los lugares de detención que trabaja en esas instalaciones alienta a los exdetenidos a acudir a los servicios disponibles al poco tiempo de ser liberados, para someterse a revisiones médicas, de salud mental y psicosociales.</p> <p>Se refiere a los ex privados de libertad a un prestador de servicios que se haya identificado y que pueda abordar necesidades adicionales (por ejemplo, necesidades socioeconómicas, jurídicas o de salud).</p>	Los ex privados de libertad solicitan, asisten y reciben revisiones médicas de salud mental, psicosociales. Y otras prestaciones de servicios disponibles.

7.8.8 Generalidades de atención SMAPS para pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas^{10,11,12}.

Los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego son personas que se someten a cirugías y a tratamiento agudo en hospitales tras resultar heridas por arma de fuego.

Las personas con discapacidades físicas pueden ser víctimas tanto directas como indirectas de la violencia. Las víctimas directas son las que sufren, por ejemplo, amputaciones o fracturas de miembros, lesiones de la columna vertebral o quemaduras como consecuencia de la violencia. Las víctimas indirectas son las que sufren discapacidades por las restricciones de la atención médica relacionadas con las barreras de acceso causada por la violencia, como las personas con problemas agudos o crónicos (diabetes, accidentes cerebrovasculares) o deformaciones congénitas (pie equino varo o parálisis cerebral).

Como consecuencia de la violencia, el número de personas enfermas o heridas o que desarrollan discapacidades físicas aumenta, estas personas son vulnerables física y psicológicamente. La mayoría de las heridas afectan a las extremidades; el alcance de la destrucción de tejidos y la contaminación que se produce no se parecen en nada a las heridas que se ven en las consultas traumatológicas de todos los días. A esos problemas de índole física, se suman las dificultades psicológicas, agravadas por factores que se agudizan, como la separación de familias, la muerte de seres queridos, pérdida de ingresos y los desplazamientos.

El personal sanitario debe afrontar desafíos para prestar servicios en contextos de violencia; tiene que cumplir una sobrecarga de trabajo y, a la vez, afrontar los impactos personales de la violencia. Junto con la falta de trabajadores de salud mental capacitados, eso puede generar y perpetuar una atención relacional deficiente con los pacientes, lo cual afecta negativamente su bienestar y su recuperación. Para que el paciente pueda enfrentar no solamente el impacto psicológico de un diagnóstico que cambia su vida y las emociones fuertes que lo acompañan (como temor, ira, tristeza o negación), sino también el hecho de violencia que causó la lesión necesita una atención comprensiva e integral.

7.8.8.1 Identificación de necesidades de atención de salud mental y apoyo psicosocial de pacientes Hospitalizados con Heridas por Arma de Fuego y Personas con Discapacidades Físicas^{2,10,11}.

El tratamiento de los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y de las personas con discapacidades físicas suele centrarse en los aspectos físicos (como la gravedad de la lesión, los modelos de atención traumatológica y la administración clínica). Sin embargo, los aspectos psicológicos cumplen una función crucial en la recuperación del paciente tras una lesión física traumática.

Cuando se sufre estrés durante un período prolongado, se altera la producción de hormonas, lo cual afecta los procesos fisiológicos y genera problemas de salud mental. Del mismo modo que el sufrimiento deteriora los procesos generales de curación, un buen estado de salud mental propicia la curación física. El tratamiento que reciben los pacientes en tiempos difíciles, cuando se encuentran más vulnerables, afecta su salud mental a corto y largo plazo. Muchas personas tienen dificultades físicas, psicológicas o sociales en cuatro etapas críticas después de un incidente

- Reacciones asociadas con el trauma físico;
- Reacciones a los procedimientos médicos;
- Reacciones a los cambios de estado físico y a la discapacidad;
- Reacciones y adaptaciones al entorno social y familiar.

Esas reacciones pueden presentarse inmediatamente o después de un tiempo, según los recursos individuales y sociales del paciente. Deben abordarse adecuadamente, en el marco de una respuesta integral psicosocial y de salud mental. Las reacciones psicológicas y los síntomas descritos están muy presentes en los pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego y personas con discapacidades físicas, sin embargo, no puede darse por sentado que ocurren en todos los casos.

7.8.8.2 Respuesta en atención de salud mental y apoyo psicosocial de pacientes Hospitalizados con Heridas por Arma de Fuego y Personas con Discapacidades Físicas.

- El bienestar psicológico y psicosocial de los pacientes hospitalizados y con heridas causadas por armas está vinculado con la experiencia de estar herido. Normalmente, se necesitan actividades de diferentes tipos para satisfacer sus necesidades en forma efectiva.
- Los pacientes con lesiones graves corren un riesgo importante de desarrollar síntomas psicológicos relacionados con el trauma, enfocando la asistencia en las reacciones; estados de shock, ansiedad, ira, depresión, desesperanza, dificultad para concentrarse, insomnio, sensación de impotencia, insensibilidad, sensación de estar en peligro constante, cambios de apetito, de peso, recuerdos aterradores y la sensación de revivir experiencias (flashbacks). Algunos síntomas pueden verse agravados por factores como el tipo de personalidad, los problemas de salud mental previos el abuso de sustancias tóxicas, así como por la naturaleza del hecho en que la persona resultó herida y las circunstancias sociales de esa persona.
- Considerar en la prestación del servicio que las personas que viven lesiones traumáticas de cabeza pueden producir cambios de personalidad y deterioros cognitivos. Los síntomas psicológicos pueden magnificar la experiencia de dolor y provocar que persista mucho después de que haya remitido la lesión física.
- Las personas con nuevas discapacidades físicas enfrentan desafíos específicos, como adaptarse a las transiciones y convivir con la discapacidad durante toda su vida. Al mismo tiempo, tienen que afrontar los cambios en su función familiar y social (por ejemplo, separaciones, pocas perspectivas de entablar relaciones, desempleo) y la estigmatización y las actitudes negativas de otras personas. Su experiencia puede compararse con un proceso de duelo que incluye shock, negación, ira, depresión, adaptación y aceptación. Aunque esas reacciones pueden preverse, es posible que ocurran en otro orden y que presenten distintos grados de intensidad. Considerar en la atención psicológica, que cuando la persona tiene dificultades para resolver algunas de esas reacciones y queda “atrapada” en ellas, el proceso puede verse afectado y dificultar el avance hacia la adaptación y la aceptación.

- Tomar en cuenta que distintos tipos de lesiones y discapacidades generan diferentes síntomas psicológicos. También se presentan reacciones diferentes según el género, la edad, la función familiar (por ejemplo, si la persona es el sostén de su familia, si es ama de casa), la profesión y los mecanismos de afrontamiento individuales y sociales.
- Las necesidades de los pacientes varían en las distintas etapas de su tratamiento y rehabilitación. Mientras los pacientes están hospitalizados, deben enfrentarse a los efectos psicológicos del hecho que les causó la lesión, al dolor, a temores relacionados con la atención médica y con la etapa prequirúrgica y a un entorno hospitalario con el que no están familiarizados, posiblemente sin tener contacto con sus seres queridos y sin saber si se encuentran bien.
- Es común que los pacientes sientan temor de sufrir problemas fisiológicos que pongan en peligro o cambien sus vidas, ansiedad por los procedimientos médicos (por ejemplo, no despertarse de la anestesia, estrés relacionado con la cirugía) y temor a la muerte.
- Regularmente sienten angustia por la posibilidad de recibir malas noticias, como las que anuncian una amputación, y pueden mostrarse reacios a dar su consentimiento a un procedimiento médico necesario, por lo que será requerido la estabilización y apoyo especializado en salud mental.
- En la fase posoperatoria, los pacientes deben afrontar el dolor relacionado con la cirugía a la que se han sometido, posibles complicaciones de esa cirugía, depresión, ira y miedo de los problemas que plantean una recuperación lenta y una discapacidad que persista.
- Los síntomas de ansiedad y depresión pueden afectar el cumplimiento del tratamiento, desde seguir las dietas prescritas y las recomendaciones en materia de higiene hasta las prácticas posoperatorias más complejas, como tomar los medicamentos necesarios y limpiar las heridas.
- Durante el proceso de rehabilitación, según su situación, es posible que las personas con discapacidades físicas tengan que reducir gradualmente su dependencia de los servicios médicos, hospitalarios o de rehabilitación, adaptarse a las dificultades de emplear dispositivos de movilidad y asimilar que dependen de otras personas para su cuidado personal y su higiene, siendo más vulnerables ante el peligro. Algunos de los principales desafíos tienen que ver con aceptar una imagen corporal nueva y adaptarse a ella, así como con las limitaciones de la movilidad cotidiana.

- Las personas con discapacidades físicas enfrentan numerosas complicaciones. Al abordar su problemática, un aspecto importante es ayudar a estos pacientes a hacerse una idea real de su situación, es decir, a comprender exactamente los cambios que pueden producirse en su vida debido a su discapacidad. Esto ayuda a las personas con discapacidades físicas a adaptarse mejor a sus nuevas circunstancias.
- El dolor crónico y el dolor de un miembro fantasma son comunes tras las amputaciones y afectan mucho la calidad de vida. Es probable que los pacientes con antecedentes médicos complejos (por ejemplo, cirugías múltiples, infecciones crónicas y heridas complicadas) sientan dolor crónico. El término que describe cualquier fenómeno sensorial que se siente en un miembro ausente o en una parte de un miembro ausente es “dolor de un miembro fantasma”. La mayoría de quienes han tenido amputaciones tienen sensaciones fantasmas en algún momento, y algunos las padecen durante toda la vida.

Tabla 7: Prestaciones de Servicios SMAPS para Pacientes Hospitalizados con Heridas por Arma de Fuego, Personas con Discapacidades Físicas y Familiares/cuidadores

POBLACION	NIVEL DE ATENCION	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS
Pacientes prequirúrgicos	Hospital	Servicios individuales de salud mental y apoyo psicosocial para los pacientes, en colaboración con el equipo del hospital (para brindar a los pacientes información sobre los procedimientos médicos y facilitar que expresen sus miedos y preocupaciones).	Disminuir los síntomas de sufrimiento psicológico de los pacientes. Disminuir la ansiedad de los pacientes en relación con la cirugía.
Pacientes Post operatorios	Hospital	Servicios individuales de salud mental y apoyo psicosocial para los pacientes sobre la gestión del dolor y el cumplimiento de las pautas de cuidado necesarias tras la operación. Dictado por un especialista en salud mental, en colaboración con el equipo del hospital.	Disminuir el dolor y mejora su uso de estrategias de afrontamiento positivas para la gestión del dolor según lo señalan los pacientes Disminuir los síntomas de sufrimiento psicológico de los pacientes (por ejemplo, disminuyen los síntomas de sufrimiento relacionados con la permanencia en el hospital). Mejorar el cumplimiento de las pautas de cuidado necesarias tras la operación por parte de los pacientes. Mejorar la recuperación médica de los pacientes.
Familiares y cuidadores de pacientes hospitalizados con heridas por arma de fuego	Hospital	Un profesional de salud mental brinda apoyo individual o modera debates grupales, en colaboración con el equipo del hospital. Se informa a los familiares y cuidadores sobre el estado físico de cada paciente y los problemas que plantea ese estado (con el consentimiento del paciente).	Disminuir las preocupaciones de los familiares y los cuidadores en relación con el estado físico del paciente. familiares y cuidadores planifican la atención del paciente para cuando regrese a su hogar.

Personas con discapacidades físicas	Centros de rehabilitación física	Un especialista en salud mental brinda apoyo individual o modera grupos de apoyo entre pares, en colaboración con el equipo de rehabilitación física.	<p>Los pacientes señalan que registran una disminución del dolor y mejora su uso de estrategias de afrontamiento positivas para la gestión del dolor (dolor crónico o dolor de un miembro fantasma).</p> <p>Los pacientes aceptan su estado y se apoyan unos a otros en el proceso de rehabilitación.</p> <p>Los pacientes mejoran su cumplimiento del plan de rehabilitación física.</p> <p>Disminuyen los síntomas de sufrimiento psicológico de los pacientes (por ejemplo, síntomas de depresión y ansiedad relacionados con la discapacidad).</p>
Familiares y cuidadores de personas con discapacidades físicas	Estructuras de rehabilitación física	Un profesional de salud mental brinda apoyo individual o grupal, en colaboración con el equipo de rehabilitación física.	Familiares y cuidadores de los pacientes comprenden y aceptan los cambios físicos de esos pacientes y adquieren las habilidades que necesitan para facilitar su rehabilitación y reinserción.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. OPS/OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf
2. Comité Internacional de la Cruz Roja CICR, (2019). Guía de Salud Mental y Apoyo Psicosocial. Ginebra, Suiza. <https://shop.icrc.org/guidelines-on-mental-health-and-psychosocial-support-pdf-es>
3. OMS (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS
4. Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra, Suiza. <https://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf>
5. Secretaría de Salud, SESAL (2014). Norma para la Atención de la Violencia Doméstica en Honduras.
6. Congreso Nacional de Honduras Ley Contra la Violencia Doméstica con sus Reformas, (2006). Decreto 250-2005, Gaceta 30250 Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.
7. OPS/OMS (2014), Informe sobre la Situación de la Prevención de la Violencia en la Región de las Américas.
8. OPS/OMS, (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres
9. Kira, (2002). "Torture assessment and treatment: The wraparound approach", Traumatology, vol. 8, n.º 2, págs. 61–90.
10. OPS/OMS, (2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. de: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
11. Secretaría de Salud, SESAL, (2004). Política Nacional de Salud mental de Honduras.
12. Secretaría de Salud, (2004). Normas y Procedimientos para el Abordaje de la Violencia Intrafamiliar Doméstica. Tegucigalpa, Honduras.

9. ANEXOS

Anexo No. 1 Formato de Referencia y Respuesta.

Referencia y Respuesta										Referencia	Respuesta		
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre (s)				Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
N° de expediente:				N° de Identidad:				Edad:					
Dirección		Colonia		Ciudad		Municipio		Departamento		Teléfono			
Correo Electrónico:						Acompañante		Parentesco		Dirección/Teléfono			
Nombre del Establecimiento que refiere/responde:			Red:			Gestor		Centralizado <input type="checkbox"/>		Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/>			
			Institución: SESAL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>			Descentralizados <input type="checkbox"/>		Policlinico <input type="checkbox"/> Hospital, Especifique:					
			IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/>							
Motivo del envío:		Diagnostico: <input type="checkbox"/>		Tratamiento: <input type="checkbox"/>		Seguimiento: <input type="checkbox"/>		Rehabilitación: <input type="checkbox"/>					
Describe:													
Signos y Síntomas principales:													
Resumen de datos clínicos:													
Signos Vitales													
P/A:		FR:		P/FC:		T°:		Peso:		Talla:			
Datos Gineco Obstétricos: FUM:				FPP:				E:		P:		C: HV: HM: O: A:	
Cabeza:													
ORL:													
Ojos:													
Cuello:													
Tórax:													
Abdomen:													
Genitales:													
Extremidades:													
Neurológico:													
Resultados de exámenes complementarios:										Evaluación de Riesgo			
										Con Riesgo <input type="checkbox"/>			
										Sin Riesgo <input type="checkbox"/>			
Impresión Diagnóstica:													
Recomendaciones/observaciones:													
Referido/Responde a:						Amerita atención en:							
<input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, especifique:						<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización							
						<input type="checkbox"/> Otros, especifique:							
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde:						Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta:							
						Día: Mes: Año: Hora:							
Se contacto al Establecimiento al que de remitirá o responderá:						Nombre y cargo de la persona contactada:							
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Especifique:													
Referencia/Respuesta elaborada por:						Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:							
<input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista													
<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería													
<input type="checkbox"/> Otro, Especifique:													
Cita al servicio de:				Día: Mes: Año: Hora:				Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta:					
								Día: Mes: Año: Hora:					
Este campo es para ser firmado exclusivamente por el establecimiento de salud que recibe la referencia													
Referencia : Oportuna: Si: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>		Justificado: Si: <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>		HC-10					

Anexo No. 2

Formato SM1 Registro Diario Mensual de Actividades en Salud Mental

SECRETARÍA DE SALUD		SMI - 2007																																		
REGISTRO DIARIO MENSUAL DE ACTIVIDADES EN SALUD MENTAL																																				
Región	Dpto	Municipio	Sector	Nivel																																
U.S.	Persona Responsable	Días Trabajados	Horas Trabajadas																																	
Especialidad	Mes	Año																																		
No.	CONCEPTO	DÍAS DEL MES																																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL			
1	Menor 1 año primera vez																																			
2	Menor 1 año Subsiguiente																																			
3	1-4 años primera vez																																			
4	1-4 años subsiguiente																																			
5	5-9 años primera vez																																			
6	5-9 años subsiguiente																																			
7	10-14 años primera vez																																			
8	10-14 años subsiguiente																																			
9	15-19 años primera vez																																			
10	15-19 años subsiguiente																																			
11	20-24 años primera vez																																			
12	20-24 años subsiguiente																																			
13	25-39 años primera vez																																			
14	25-39 años subsiguiente																																			
15	40-59 años primera vez																																			
16	40-59 años subsiguiente																																			
17	60 y mas años primera vez																																			
18	60 y mas año subsiguiente																																			
	TOTAL DE ATENCIONES																																			

Continua Anexo no. 2 Formato SM1

SECRETARÍA DE SALUD		SMI-2007																														
REGISTRO DIARIO MENSUAL DE ACTIVIDADES EN SALUD MENTAL																																
Región _____	Dpto _____	Municipio _____	Sector _____ Nivel _____																													
U.S. _____ Persona Responsable _____		Días Trabajados _____ Horas Trabajadas _____																														
Especialidad _____		Mes _____ Año _____																														
No.	CONCEPTO	DÍAS DEL MES																														TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
19	Entrevista V.D.																															
20	Entrevista Psicologica																															
21	Intervencion en crisis																															
	Ficha Vigilancia epidemiologica																															
22	epidemiologica																															
23	Psicoterapia individual																															
24	Psicoterapia de grupo																															
25	Numero de Participantes																															
26	Psicoterapia de familia																															
27	Número de participantes																															
28	Reunion coordinacion grupos de apoyo																															
29	Número de participantes																															
30	Pruebas psicologicas aplicadas																															
31	Reunion trabajo comunitario																															
32	Numero de participantes																															
33	Capacitaciones brindadas																															
34	Número de participantes																															
35	Capacitaciones recibidas																															
36	Charlas brindadas																															
37	Numero de participantes																															
38	Organización y fortalecimiento de grupos																															
39	Consejería VIH/Sida																															
40	Referencias recibidas																															
41	Referencias enviadas																															
42	TAMIZAJE (+)																															
43	TAMIZAJE (-)																															
	TOTAL DE ATENCIONES																															

Anexo No. 3 Formato SM2 Consolidado Regional

CONSOLIDADO REGIONAL DE SM-2-2007																				
ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL																				
REGIÓN:		DPTO:			MUNICIPIO:					SECTOR:			NIVEL							
US		PERSONA RESPONSABLE					DÍAS TRABAJADOS					HORAS TRABAJADAS								
ESPECIALIDAD:										MES:					AÑO:					
No.	Actividades	Psicólogo		Médico		Psiquiatra		Trabajador Social		Abogado		Auxiliar de Enfermería		Enfermera		Otros		Total		
		N	Sub	N	Sub	N	Sub	N	Sub	N	Sub	N	Sub	N	Sub	N	Sub	N	Sub	
1	Psicoterapia Individual																			
2	Psicoterapia Grupal / Fam																			
3	Intervención en Crisis (P.A.P)																			
4	Pruebas Psicológicas																			
5	Capacitaciones Realizadas																			
6	Consejerías VH/Fam.																			
7	Organización y Fortalecimiento de grupo																			
8	Formación y Asistencia a redes comunitarias de apoyo social																			
9	Asesoramiento a las víctimas																			
10	Acompañamientos a las víctimas																			
11	Visitas domiciliarias																			
12	Grupos coescucha y autoayuda																			
13	Otras																			
14	Número de participantes																			
	TOTALES																			

Anexo No. 4 Formato SM3 – 07: Registro Diagnóstico Mensual de Salud Mental

REGISTRO DIAGNOSTICO MENSUAL DE SALUD MENTAL SM3																						
DEPTO: -----MUNICIPIO:-----AREA/RIM:-----TIPO DE ESTABLE:-----U.S.:-----CODIGO:-----																						
PERSONA RESPONSABLE: -----DÍAS TRABAJADOS:-----HORAS TRABAJADAS:-----																						
PROFESIONAL DE SALUD:-----MES:-----AÑO:-----																						
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO CATEGORIAS PRINCIPALES	< 1 año		1-4 Años		5-9 A.		10- 14 A		15-19 A		20-24 A		25-39 A		40 -59		60 y mas		TOTAL		
		1 er. Vez	Subs.																			
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
F00-F09	Trast. mentales orgánicos incluidos los trastornos sintomáticos (demencias)																					
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas																					
F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes																					
F30-F30.9	Trastornos del humor (episodio maniaco)																					
F31-F31.9	Trastornos del humor afectivos (Bipolar)																					
F32-F39	Trastornos del humor Episodio depresivo																					
F40-F49	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (ansiedad)																					
F50-F59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos																					
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto																					
F70-F79	Retraso mental																					
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico																					
F90-F98	Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia																					
F99	Trastorno mental sin especificación																					
G40-G40.9	Epilepsia, ataque convulsivo																					
G41-G41.9	Estado de mal epiléptico (status) gran mal, y pequeño mal, parcial, complejo, otros, de tipo no especificado.																					

Continua Anexo No. 4 Formato SM3-07 parte 2.

												SM3-07										
RA45:AP74EGISTRO DIAGNOSTICO MENSUAL DE SALUD MENTAL																						
DEPTO:-----MINUCIPIO:-----AREA/RIM:-----TIPO DE ESTABLE:-----U.S.-----CODIGO:-----																						
PERSONA RESPONSABLE:_____DÍAS TRABAJADOS:_____HORAS TRABAJADAS:_____																						
PROFESIONAL DE SALUD:-----MES:-----AÑO:-----																						
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO CATEGORIAS PRINCIPALES	< 1 año		1-4 Años		5-9 A		10- 14 A		15-19 A		20-24 A		25-39 A		40 -59		60 y mas		TOTAL		
		1er. Vez	Subs.																			
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
X60-X69	Envenenamiento o lesión intencionalmente auto inflingido, intento de suicidio por diferentes medios.																					
X70-X84	Suicidio y lesión intencionalmente auto infringida por diferentes medios.																					
X85-X99	Agresiones, lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar por cualquier medio(incluye intento de homicidio, homicidio.)																					
Y00-Y03	Agresión con objeto romo o sin filo, por empujon, atropello deliberado con vehiculo de motor, (incluye intento de homicidio, homicidio.)																					
Y04	Agresión con fuerza corporal. (incluye lucha o peleas sin armas, homicidio)																					
Y05	Agresión sexual con fuer corpo (violacion) (incluye intento de violacion, violacion.)																					
AA206	(Violación) intimidación o engaño																					
Y06	Negligencia y abandono																					
Y07	Otros síndromes de maltrato (Crueldad mental, abuso físico, abuso sexual y tortura)																					
Y08	Agresión por otros medios especificados																					
Y09	Agresión por medios no especificados																					
T74.1	Abuso Físico																					
T74.2	Abuso Sexual																					
T74.3	Abuso Psicológico																					
AA 207	Violencia Física																					
AA 208	Violencia Sexual																					
AA 175	Violencia Psicológica																					
AA 210	Violencia Patrimonial/Economica.																					

EQUIPO TECNICO DE ELABORACION

SECRETARÍA DE SALUD

Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Lcda. Carolina Padilla Rivera / Coordinadora Técnica de Salud Mental

Dra. Aida Aurora Reyes Maldonado / Coordinadora Técnica de Nutrición y Lactancia Materna

Lcda. Evelin Elizabeth Bonilla Barahona / Técnica de Violencia de Género

Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención

Lcda. Sheila Valladares Fonseca/ Trabajadora Social

Departamento de Calidad

Lcda. Carmen Zulema Lagos Aguilar / Técnica Departamento de Calidad

Dr. Manuel Emilio Carrasco Williams / Técnico Departamento de Calidad

Dirección General de Normalización

Lcda. Maribel Navarro Flores / Tecnico Normativo

Dra. Jessy Carolina Pérez / Tecnico Normativo

Dr. Adonis Andonie / Tecnico Normativo

Departamento de Desarrollo Estratégico del Recurso Humanos

Lcda. Ileana Yessenia Ramos Lozano / Psicóloga.

Unidad de Género

Abogda. Ana Carolina Lanza Bulnes / Coordinadora de la Unidad de Género y Salud.

Unidad de Comunicación Social

Lcda. Ninoska Padgett / Comunicación Social.

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Dr. Ricardo Rodríguez Buño / Asesor en Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Dra Evelyne Degraff/ Asesora Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida.

Comité Internacional de la Cruz Roja

Lcdo. Víctor Alfonso Aguilar Maldonado / Programa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

Colegio de Psicólogos de Honduras - COPSIH

Msc. Paola Elena Cruz Román / Secretaría de Relaciones Públicas.

Instituto Nacional de la Mujer

Lcda. Iveth Karina Moreno / Coordinadora de la Unidad de Salud y Género.

Lcda. Martha Gaitán / Asistente técnica de la Unidad de Salud y Género.

Médicos sin Fronteras

Lcda. Brenda Villacorta, psicóloga / Gestora de Actividades Salud Mental.

AGRADECIMIENTO

La **Secretaría de Salud** desde la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud expresa su agradecimiento y reconoce el apoyo del personal técnico de las diferentes instituciones e instancias, así como a las Regiones Sanitarias y Establecimientos de Salud, en la revisión y validación del presente documento:

Dirección General de Normalización: Lcda. Telma Romero.

Hospital Escuela: Lcda. Mirella Hernández.

Hospital San Felipe: Lcda. Arleth Dávila.

Hospital Psiquiátrico Santa Rosita: Dr. Octavio López, Lcda. Iris Danarieza Núñez.

Región Sanitaria de Choluteca: Lcda. Delia Fuentes.

Región Metropolitana de Tegucigalpa: Lcda. Glenda Mejía, Lcda. Mary Salinas, Lcda. Janine Sierra, Lcda. Aida Beatriz Matamoros.

Región Sanitaria de Comayagua: Lcda. Mayra Santamaria.

Departamento de Primer Nivel de Atención: Lcda. Eros Salinas.

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS): Lcdo. Guillermo Bustillo

Cancillería de la República de Honduras: Dra. Nadine Quan Osejo

Médicos del Mundo: Lcda. Iris Celeste Coca.

CONADEH: Lcdo. José Ricardo Castillo.

Consejo Noruego para Refugiados (CNR): Lcdo. Israel Irías.

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR): MSc. Gia López.

Médicos Sin Fronteras: Lcdo. Edgar Boquín.

Pastoral de Movilidad Humana: Lcda. Carmen Bonilla, Lcda. Fany Martínez.

CONAMIREDIS: Lcda. Yarenis Sánchez

Cruz Roja Hondureña: Lcda. Dunia Varela, Lcda. Anabel Mejía.

Gobernabilidad Local en Honduras: Dra. Santos Ninoska Bulnes Naranjo, Especialista Senior en Salud y Nutrición, Lcda. A. Maribel Lozano V. MSc. En Salud Pública, Consultora



CICR

OPS

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
América



COPSIH



COPSIH



USAID GOBERNABILIDAD
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA
LOCAL HONDURAS