

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE COBERTURA Y ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD MENTAL DE UNA IPS BÁSICA, SUSTENTADOS EN
LOS COMPONENTES DE GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA EVALUAR SU
CUMPLIMIENTO Y PROCESOS DE MEJORA EN MANEJO Y TRATAMIENTO**



AUTORES

NELLY YASMIN AVILA FONSECA

RUDI CRISTINA CARDOZO PACHECO

YAMITH FERNANDO GARCÍA MONSALVE

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTA DE CIENCIAS EMPRESARIALES

ESP. GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTÁ D.C

OCTUBRE 2020

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE COBERTURA Y ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD MENTAL DE UNA IPS BÁSICA, SUSTENTADOS EN
LOS COMPONENTES DE GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA EVALUAR SU
CUMPLIMIENTO Y PROCESOS DE MEJORA EN MANEJO Y TRATAMIENTO**



AUTORES

NELLY YASMIN AVILA FONSECA

RUDI CRISTINA CARDOZO PACHECO

YAMITH FERNANDO GARCÍA MONSALVE

DOCENTE ASESOR

MARY LUZ BARRERA ORDÚZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTA DE CIENCIAS EMPRESARIALES

ESP. GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTÁ D.C

OCTUBRE 2020

Tabla de Contenido

INTRODUCCION	7
Capítulo 1	8
1.1. Problema de investigación	8
1.2. Objetivos	8
1.2.1. Objetivo General	8
1.2.1.1. Objetivos Específicos	8
1.3. Justificación	9
2. Capítulo 2	10
2.1. Marco Teórico	10
2.2. Marco Conceptual	17
3. Capítulo 3	18
3.1. Tipo de estudio.....	18
3.2. Población	18
Criterios de inclusión:	19
Criterios de exclusión:	19
3.3. Procedimientos	20
Cronograma: Diagrama de Gantt	20
3.4. Técnicas de recolección de la información	22
3.4.1. Entrega y revisión de la cohorte.....	22
3.4.1.1. Diseño del instrumento	23
3.4.1.2. Entrevista estructurada.....	23
3.4.1.3. Identificación procesos de atención en la IPS	25
3.5. Técnicas para el análisis de la información	29
3.6. Consideraciones éticas	31
4. Capítulo 4.	31
4.1. Análisis de los resultados.....	31
4.2. Plan de acción.....	42
4.3. Discusión.....	44
4.4. Conclusiones.....	44
5. Referencias.....	48

ANEXOS	50
--------------	----

Índice de Figuras

Figura 1 Tamaño de la Muestra Trastorno Depresivo Recurrente	27
Figura 2 Tamaño de la Muestra Trastorno Afectivo Bipolar Maniaco	28
Figura 3 Tamaño de la Muestra Esquizofrenia Paranoide	29
Figura 4 Historia Clínica Paciente con Trastorno Afectivo Bipolar.....	30
Figura 5 Instrumento Depresión	34
Figura 6 Instrumento TAB	38
Figura 7 Instrumento Esquizofrenia.....	41

Índice de Anexos

Anexo 1 Matriz de Artículos	50
Anexo 2 Cohorte	51
Anexo 3 Instrumento Ley 1616 de 2013.....	52
Anexo 5 Instrumento Depresión	54
Anexo 6 Cohorte TAB	55
Anexo 7 Instrumento TAB	56
Anexo 8 Cohorte Esquizofrenia.....	57
Anexo 9 Instrumento Esquizofrenia.....	58

INTRODUCCION

La salud mental debe contar con una serie de guías de atención por patología para tener una atención integral de la misma, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben realizar planes de mejoramiento continuo, que permitan ofrecer una atención integral al paciente con patología mental, el presente proyecto titulado: factores que inciden en el proceso de cobertura y atención integral en salud mental de una ips básica, sustentados en los componentes de garantía de la calidad para evaluar su cumplimiento y procesos de mejora en manejo y tratamiento surgió a partir del interés en abordar la cobertura y atención integral que reciben los pacientes con trastornos mentales en una IPS Básica de Atención en salud con el fin de dar a conocer un diagnóstico actual de la IPS frente a la atención en base a los componentes del decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud enfocados a accesibilidad, oportunidad y continuidad, la población objeto para este proyecto son pacientes mayores de edad pertenecientes a la IPS Básica de atención en salud San Sebastian de Coomeva EPS del municipio de Pereira, la cual está conformada actualmente por una cohorte con 363 pacientes enfocados a su vez en el cubrimiento de las tres patologías mentales pareto: depresión moderada y depresiones leves, esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar (TAB), enfocándonos en términos de cobertura de atención en salud mental de la población inscrita o de la cohorte de acuerdo a lo que exige la normatividad vigente, con el objetivo de validar los factores que intervienen en la atención integral de los pacientes con patología mental y de esta manera generar un plan de acción a la IPS que permita mejorar la satisfacción de los afiliados y mayor índice de cobertura en la atención de dicha población. Así mismo, la investigación y posterior diseño y aplicación del material, contiene una amplia revisión, verificación y análisis de historias clínicas validando una a una la calidad y la cobertura en la atención.

Capítulo 1

1.1. Problema de investigación

Actualmente se percibe disminución de la accesibilidad, atención integral, oportunidad y calidad de los pacientes con patología mental, debido a que se evidencia pocas instituciones de salud en el departamento y con infraestructura deficiente, adicional a esto existen barreras en las EPS y poco conocimiento del personal de la salud para cubrir las necesidades de la población, entendiendo esto como problemática social con alta demanda en el departamento y con un abordaje deficiente; se hace necesario una exigencia de un adecuado manejo y tratamiento integral del paciente con patología mental.

¿Cuál es el estado en el proceso de servicio de atención para los pacientes con patología mental en la IPS San Sebastián?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Analizar los factores que inciden en la cobertura integral de la cohorte en salud mental de la IPS Básica en salud: San Sebastián de la ciudad de Pereira generando un plan de acción de acuerdo a los principios básicos de calidad en atención en salud.

1.2.1.1. Objetivos Específicos

- Identificar el proceso que actualmente se realiza para la atención de pacientes pertenecientes a la cohorte de salud mental de la IPS Básica.

- Validar el cumplimiento de la IPS en cuanto a la aplicación de guías actuales del ministerio en las tres patologías pareto de la cohorte.
- Proponer un plan de mejoramiento que permita suplir los hallazgos negativos encontrados.

1.3. Justificación

La salud mental debe contar con una atención integral basada en la normatividad vigente con el fin de que cada una de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) adscritas a las EPS (Entidad promotora de salud) garanticen dicha atención en promoción y prevención (atención primaria), diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental, el observatorio nacional de salud mental (ONSM) plantea el trabajo en tres líneas: salud mental, convivencia social y ciudadanía y consumo de sustancias psicoactivas de manera que puedan permitir dar cumplimiento a la Ley 1616 de 2013 (ley nacional de salud mental). La patología mental en Colombia ha venido con un gran incremento de la carga de la enfermedad y han invertido en grandes recursos en estudios, encuestas y recolección de la información, pero el sistema de salud ha hecho que los profesionales en salud mental, los pacientes con patología mental y las EPS se vean afectados por factores como: disminución de ingresos al personal médico especializado, cierre de IPS, restricciones en la atención, entrega de medicamentos, entre muchos otros factores. Se evidencia que a pesar de la normatividad y de las guías de manejo que existen en Colombia se ve la necesidad de implementar planes de mejora para el modelo propuesto actualmente para garantizar cobertura, calidad y oportunidad en los servicios, actualmente este modelo se ve restringido para aquellas personas o pacientes que consultan en busca de ayuda.

La secretaría de salud es una fuente de información importante y es un ente al que acceden muchos usuarios y/o pacientes para colocar quejas, peticiones y

reclamos ante el no cubrimiento integral de su patología mental y la negación por parte de las EPS y los entes territoriales, el incremento de las tutelas interpuestas por pacientes mentales cada vez es más alto, desde el año 2013 se tiene una ley en términos de salud mental y psiquiatría pero no ha sido suficiente para que las EPS garanticen accesibilidad, calidad y continuidad en salud mental; es por esto que se ve la necesidad de identificar el proceso de atención de paciente con patología mental de acuerdo a la normatividad vigente, validar su cumplimiento en cuanto a las actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental y presentar un plan de mejora que conlleve a que cada IPS y por ende la EPS adscrita garantice y vele por los deberes y derechos de los pacientes con patología mental.

2. Capítulo 2

2.1. Marco Teórico

La Salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Salud M. d., 2013)

El sistema de salud establecido actualmente no ha sido adecuado a los requerimientos de la población con patología mental y se puede llegar a pensar que en países subdesarrollados dicha población no es atendida de forma integral, es decir, no recibe actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental lo que va muy relacionado a la falta de prestación de servicios de salud mental con calidad.

El Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan

la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La falta de prestación de servicios de salud para la patología mental no solo se ve afectada por la no integralidad en la atención y en la falta de calidad sino también en el recurso humano que esta exige, ya que el talento humano especializado para atender adecuadamente la patología mental es muy reducido lo que conlleva a que un psiquiatra preste su servicio a un número considerable de pacientes, por otro lado el tratamiento tanto terapéutico como farmacológico se ve alterado debido a la no oportunidad de atención y entrega de los mismos, esta problemática debe ajustarse a planes de acción e intervenciones en salud mental factibles con el fin de fortificar los sistemas de atención de patología mental. Las personas con trastornos mentales forma parte de una de las poblaciones en las que se ven más vulnerados los derechos humanos lo que conlleva a que su atención integral sea indispensable para desarrollar una vida normal y no llevándolas a un grado de discriminación y es allí donde la calidad en la atención juega un papel fundamental a través de sus principios: accesibilidad, oportunidad y continuidad; con el fin de garantizar condiciones óptimas de vida, convivencia social y fortalecer la atención en cuanto a promoción y la prevención de la salud mental.

Estudios y actualidad

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Estos trastornos se inician entre los 9 y los 23 años. (Posada, 2013).

En Colombia se han realizado cuatro encuestas de salud mental: 1993, 1997, 2003 y 2015 con el fin de generar normas, planes de acción y políticas públicas, la

última encuesta realizada en el año 2015 realizó inclusión de grupos poblacionales como infantil, adolescente y adulto. Como resultado de estas encuestas se dio a conocer la Ley 1616 de 2013 que se relaciona con el derecho a la salud mental y su integralidad en la atención promoviendo un enfoque a mejorar la calidad de vida de la población y generar principios en la atención primaria en salud, fortalecer la prevención del trastorno mental y la atención integral.

Para superar las barreras de acceso a los servicios en salud mental la encuesta recomendó:

- Procesos psicoeducativos comunitarios que permitan un mejor entendimiento de la salud mental”
- “Favorecer la presencia de servicios de salud mental efectivos que pueden ser a través de tecnologías como telemedicina e incluso servicios de salud mental integrales e itinerantes en las regiones del país en donde la disponibilidad del recurso humano no sea fácil”
- “Ajustar las rutas de atención ...que sean claras, conocidas y articuladas con otros sectores como educación y trabajo”
- Realizar una revisión frente a los servicios de hospital día, dado que son poco utilizados
- Realizar seguimiento y monitoreo a los indicadores trazadores en salud mental
- Fortalecer y fomentar la atención primaria en salud mental (APS)
- Adecuar la disponibilidad, horarios y sitios de atención a las necesidades de los territorios
- “Formular acciones puntuales en promoción de la salud mental de la población de manera intersectorial, incluyendo de manera particular el Ministerio de Educación y el de Trabajo”.
- Desarrollo de capacidades en salud mental con equipos interdisciplinarios en APS
- Humanización de los servicios de salud
- Realizar acciones que favorezcan la inclusión social de quienes padecen los problemas y trastornos mentales. (Social, 2018)

La salud mental en Colombia nos muestra como a través de las leyes y los decretos que se generan para sostenerla aun no son aplicados de forma correcta; se evidencian discrepancias entre lo publicado en la ley o resolución y lo aplicado en las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo que conlleva a que no se genere ni se implemente una adecuada política pública; la cual debe ir orientada a disminuir la carga que genera un trastorno mental en la población y los actos que esto conlleva en la parte social; después de la publicación de la ley 1616 se evidencia que no se presta una atención integral a la población con trastornos mentales, donde todo se plasma en la ley pero no se lleva a la realidad ni a su desarrollo, por otro lado el plan obligatorio de salud también ha realizado una serie de actualizaciones en cuando a los diagnósticos lo que conlleva a un difícil acceso en cuanto a la entrega de medicamentos para el tratamiento farmacológico de los trastornos, por otro lado el acceso a los servicios de salud mental presentan barreras ante el poco talento humano especializado en patología psiquiátrica, poco acceso a terapias psicológicas, grupos de apoyo, terapias y pocas IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) en las ciudades enfocadas al manejo de este tipo de patologías. Un estudio publicado en la revista colombiana de psiquiatría en el año 2016 sobre los factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta (18 a 44 años) basado en los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental en el año 2015 definieron las barreras que presenta la población con patología mental para acceder a los servicios de salud.

Si bien es cierto que los resultados obtenidos en este análisis muestran que la decisión de buscar atención en salud mental depende de razones comportamentales o actitudinales, estas no necesariamente se derivan de decisiones personales en cuanto a que no se desee consultar, sino que pueden atribuirse al desconocimiento mismo de lo que es y no es la salud mental, la falta de información o información distorsionada del tema y la imposibilidad de reconocer un problema en la esfera psíquica. (González, y otros, 2016)

Estos resultados deben permitir modificar los modelos de atención actuales en salud mental, donde se aumente el enfoque y las actividades de promoción y prevención en salud mental en la comunidad con énfasis en instituciones educativas y buscar estrategias que permitan al individuo ajustarse a los servicios de salud; así como estudiar las causas que limitan el acceso y la detección tardía de la patología mental. Un estudio de 30 casos con patología mental en los años 2011 y 2013 mediante entrevista y diario de campo determino cuatro categorías por medio de las cuales se exponen las barreras a los servicios de salud mental.

Primera, el acceso al servicio de atención en salud y alteración mental (SASAM) es muy restringido y poco oportuno, en la mayoría de los casos, no se le da el valor de vulnerabilidad ni la atención integral suficiente, como a cualquier otra alteración orgánica urgente o de emergencia (infarto, accidente cerebro vascular, entre otras), principalmente al servicio de urgencias y al domiciliario. Segunda, 28 de los 30 participantes opinaron que las IPS y EPS no prestaron asistencia psiquiátrica y psicológica holística sistemática, según el trastorno neuropsiquiátrico del paciente de forma persistente. Ellos señalaron: el médico se limitó a solicitarles que firmaran el consentimiento, sin la información comprendida suficiente por parte del paciente e involucrar a la familia. El médico se limitó a prescribirles psicofármacos por períodos prolongados entre 6 meses a 10 años o enviarlos a la consulta psicológica individual (promedio de cinco sesiones). Además, que la infraestructura de las instituciones y las redes de servicios asistenciales de las EPS e IPS locales es reducida para la derivación de los pacientes al psiquiatra, psicólogo o ambos; el número de citas son escasas y muy demoradas, entre 1-4 meses. Tercera, la mayoría de las EPS e IPS no suministran los medicamentos de costo alto para tratamiento crónico, máxime de aquellos casos que solo están cubiertos por el plan obligatorio de salud (POS) del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Cuarta, los 30 casos, refieren una actitud y práctica del SAS de no asistir el trastorno mental en el entorno domiciliario, desde lo humano, en aquellos casos que sea posible. Dos profesionales explicaron a los familiares

que no tienen las condiciones adecuadas, la formación integral ni la capacidad suficiente para prestar el servicio domiciliario, en ciertos casos críticos, como cualquier otra urgencia. (Tobón & Londoño, 2019)

La importancia en el cuidado y el servicio en salud mental va ligada a la responsabilidad social que deben adquirir las IPS en los servicios de atención y cuidados de la salud mental; el reconocimiento de valores, personal altamente capacitado, el fortalecimiento en el acompañamiento de la terapia farmacológica, el manejo adecuado de la comunicación confiable deben ofrecer integralidad en la atención mediante un grupo de apoyo y gestión comprometido para la satisfacción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales.

En Colombia, la salud mental es particularmente compleja, pues guarda una estrecha relación con adversidades sociohistóricas en cuanto a políticas, inequidades y desastres, tanto naturales como por violencia. A esto se suma a que no se ha encontrado que la literatura disponible resalte acciones del país en el sentido comunitario propuesto para el mundo; más bien se le reconoce como un país con una fuerte tendencia al estudio desde la psiquiatría y las neurociencias de los mecanismos neurofisiológicos, genéticos y comportamentales de los trastornos mentales y cuyo sistema de salud, de manera explícita, prioriza la rentabilidad de los servicios privados sobre los servicios públicos de salud, mas no como un país con avances importantes en la salud mental poblacional. (Hernández & Sanmartín, 2018).

En relación con la normatividad vigente en este caso la ley 1616 de 2013 nos garantiza que todo el territorio nacional tendrá una red de prestación de servicios de salud a través de las IPS básicas de primer nivel en donde se prestara atención ambulatoria, grupos de apoyo, rehabilitación basada en la comunidad (RBC) y unidades en salud mental, la resolución 05269 de 2017 es claro en relación a que las EPS (Empresas Promotoras de Salud) deben garantizar el acceso a los

servicios de salud independientemente del área geográfica en la que se encuentren sus afiliados.

“De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud –OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.” (social, 2018)

Las barreras de acceso a la salud mental se pueden dar de diferentes formas tales como el difícil acceso que tienen las personas con domicilio en áreas rurales, las creencias que tienen los individuos en relación a la mala prestación de servicios de salud, la baja necesidad de solicitar ayuda, la poca accesibilidad que ofrecen las EPS a citas ambulatorias como psicología, psiquiatría, grupos de apoyo y la no oportunidad en la atención; son factores que llevan a la necesidad de que se implementen planes de acción que contribuyan a la adecuada prestación de servicios de salud y permitan hacer cumplir las leyes y decretos en salud mental. Es tan relevante e importante la salud mental que a través de la emergencia mundial que si vive en la actualidad en el mes de abril del 2020 se generó una circular enfocada a la población en salud mental para mitigar y atenuar el acceso a los servicios de salud generando estrategias que permitan garantizar la promoción y la atención salud mental.

a) Estrategias de comunicación diferenciada por tipo de público: niñas, niños, adolescentes, cuidadores, adultos mayores, jóvenes, personas privadas de la libertad, migrantes, personas con condiciones crónicas, personas que viven solas o niños, niñas y adolescentes que se encuentran en protección del ICBF, como pueden ser internados o centros privativos de libertad.

- b) Líneas telefónicas y plataformas de atención y apoyo emocional.
- c) Soporte y cuidado emocional al talento humano en salud.
- d) Apoyo psicosocial directo, virtual o telefónico por profesionales de salud mental.
- e) Grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua por vía telefónica o virtual.
- f) Promoción y fortalecimiento de la telesalud que incluye teleorientación, teleapoyo y telemedicina.
- g) Activación de servicios de urgencias y emergencias en salud mental institucionales y domiciliarios.
- h) Oferta sanitaria y social articulada a nivel nacional y territorial priorizando grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad. (Minsalud, 2020).

2.2. Marco Conceptual

Atención primaria en salud: Se fundamenta en proveer una mejor salud a los afiliados del sistema de salud con equidad, conformada por acciones que permitan generar un diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad generando un beneficio en pro de la comunidad.

Salud mental: estado de equilibrio a nivel emocional, cognitivo y conductual por medio del cual una persona se desarrolla con responsabilidad en todos sus entornos: familia, social y laboral con el fin de obtener bienestar y calidad de vida.

Cohorte en salud: conjunto de personas que comparten una característica en común haciendo parte de un ensayo clínico o estudio al que se observa por un determinado período de tiempo.

Garantía de la calidad en salud: hace parte del componente esencial de la gestión organizacional de una institución o empresa a través de la estandarización de procesos, de monitorización y evaluación que permitan el mejoramiento continuo de la organización.

Trastorno mental: alteración de tipo emocional, cognitivo o de comportamiento que afecta el proceso psicológico de una emoción, motivación, conducta, dificultando que el individuo se adapte a un entorno social en el que vive.

Guía de atención en salud: guía basada en intervenciones con el objetivo de identificar y manejar una serie de trastornos mentales o padecimientos no justificables médicamente, dirigida a los profesionales de la salud que laboran en las instituciones de primer y segundo nivel de atención.

Plan de acción en salud: Instrumento que permite realizar un monitoreo, autoevaluación y un modelo de atención continuo que permita cumplir con las actividades, metas y objetivos de una institución de forma satisfactoria.

3. Capítulo 3

3.1. Tipo de estudio

Se fundamentó en un tipo de estudio descriptivo en un contexto mixto, es decir; tanto cualitativo como cuantitativo.

3.2. Población

La IPS San Sebastián está compuesta por una cohorte de 363 pacientes con patología mental a partir de la cual se seleccionaron tres patologías pareto: trastorno depresivo recurrente episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos (157 casos), trastorno afectivo bipolar maniaco presente con síntomas psicóticos (90 casos) y esquizofrenia paranoide (29); los criterios para el enfoque en dichas patologías se derivan del top tres de acuerdo a cantidad de pacientes por patología entre los cuales se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples de drogas pero por dificultades en acceso a este tipo de historias clínicas no se pudo realizar análisis de los mismos por lo que se analizó la patología relacionada con esquizofrenia ubicada en el

puesto número cuatro para un total en las tres patologías pareto de 276 pacientes para analizar.

Criterios de inclusión:

- Cohorte en salud mental de la IPS San Sebastián conformado por 363 pacientes
- Selección de patologías pareto: 276 pacientes
- Población adulta activa a la EPS Coomeva y adscrita a la IPS San Sebastián tanto del régimen subsidiado como contributivo
- Médicos generales que previamente autorizaron su participación en el presente estudio
- Enfermera Auditora de Coomeva EPS quien proporcionó acceso a las historias clínicas y entrevista a la investigación.

Criterios de exclusión:

- IPS de segundo y tercer nivel de atención en salud
- Población pediátrica
- IPS que no haya realizado un plan de acción para la atención de patología mental.
- IPS con equipo completo para la cobertura de atención integral de salud mental.

3.3. Procedimientos

Cronograma: Diagrama de Gantt

PSP	Tarea/paquete de trabajo	Encargado/a	Comentario	Fecha de inicio	Duración	Fecha de finalización
1 Actividad 1						
1.0	Entrega Reseña	Rudi Cristina Cardozo Pacheco		10/02/2020	3	15/03/20
1.1	Entrega Reseña	Nelly Yasmin Avila Fonseca		10/02/2020	3	15/03/20
1.2	Entrega Reseña	Yamith Fernando García Monsalve		10/02/2020	3	15/03/20
2 Actividad 2						
2.1	Lluvia de ideas	Rudi Cristina Cardozo Pacheco		26/02/2020	2	01/03/20
2.2	Lluvia de ideas	Nelly Yasmin Avila Fonseca		26/02/2020	2	01/03/20
2.3	Lluvia de ideas	Yamith Fernando García Monsalve		26/02/2020	2	01/03/20
2.4	Búsqueda y envío de investigaciones	Rudi Cristina Cardozo Pacheco		2/03/2020	10	05/03/20
2.5	Búsqueda y envío de investigaciones	Nelly Yasmin Avila Fonseca		2/03/2020	10	05/03/20
2.6	Búsqueda y envío de investigaciones	Yamith Fernando García Monsalve		2/03/2020	10	05/03/20
2.7	Montaje planeamiento del problema	Yamith Fernando García Monsalve		6/03/2020	4	09/03/20
3 Actividad 3						
3.1	Montaje matriz	Nelly Yasmin Avila Fonseca	Trabajo colaborativo	10/03/2020	4	10/03/20
3.2	Discusión de conclusiones	Rudi Cristina Cardozo Pacheco	Trabajo colaborativo	12/03/2020	7	13/10/20
3.3	Planteamiento del problema	Yamith Fernando García Monsalve	Trabajo colaborativo	14/03/2020	8	14/03/20
4 Actividad 4						
4.1	Asesoría externa - correcciones	Yamith Fernando García Monsalve	Se modifica el enfoque	16/03/2020	4	19/03/20
4.2	Elaboración de título, Resumen	Rudi Cristina Cardozo Pacheco	Trabajo colaborativo	21/03/2020	4	24/03/20
4.3	Objetivos y justificación	Nelly Yasmin Avila Fonseca	Trabajo colaborativo	25/03/2020	4	29/03/20
5 Actividad 5						

5.1	Montaje cronograma	Nelly Yasmin Avila Fonseca	Trabajo colaborativo	30/03/2020	2	01/04/20
5.2	Elaboración de presupuesto	Yamith Fernando García Monsalve	Trabajo colaborativo	2/04/2020		04/04/20
6 Opción de grado II						
6,1	Visita Ips San Sebastián - Asesoría	Yamith Fernando García Monsalve		13/04/2020	2	14/04/20
6,2	Identificación proceso consulta médica en la IPS	Yamith Fernando García Monsalve		27/04/2020	2	01/05/20
6,3	Revisión de historias clínicas en la IPS	Yamith Fernando García Monsalve	Se revisan 82 Historias Clínicas	4/05/2020	2	04/05/20
6,4	Revisión de historias clínicas en la IPS	Yamith Fernando García Monsalve	Se revisan 83 Historias Clínicas	5/05/2020	2	05/05/20
6,5	Tabulación de datos	Nelly Yasmin Avila Fonseca		6/05/2020	2	15/05/20
6,6	Análisis de datos	Rudi Cristina Cardozo Pacheco		18/05/2020	2	29/05/20
6,7	Conclusiones/ elaboración propuesta plan de acción	Yamith Fernando García Monsalve	Trabajo colaborativo	1/06/2020	2	30/06/20
6,8	Elaboración de artículo de investigación	Nelly Yasmin Avila Fonseca	Trabajo colaborativo	6/07/2020	4	31/07/20
6,9	Correcciones primera revisión	Yamith Fernando García Monsalve	Trabajo colaborativo	3/08/2020	5	07/08/20
6,10	Entrega revisión final a docente		Trabajo colaborativo	10/08/2020		25/10/20

3.4. Técnicas de recolección de la información

3.4.1. Entrega y revisión de la cohorte

En una primera fase se realizó una búsqueda en bases de datos de revistas científicas enfocados en la normatividad e implementación de políticas públicas de salud mental en Colombia así como estudios basados en la atención primaria en salud mental desde las IPS a través de la elaboración de matriz basada en diez artículos de bases de datos (Véase Anexo 1) tales como Scielo, Revista Colombiana de Psiquiatría, Revista de la Universidad Javeriana y Universidad Francisco de Paula Santander; se obtuvo información y muestra poblacional a través de la cohorte entregada por Enfermera Auditora regional de promoción y prevención de salud de una IPS adscrita a Coomeva EPS con la cual se mantuvo el contacto.

En una segunda fase se realizó una revisión de la cohorte o sábana de información de una de las IPS de primer nivel de atención adscrita a Coomeva EPS llamada San Sebastián con una población objeto de 363 pacientes (Véase Anexo 2) adultos con patología mental, se procedió a conformar las tres patologías mentales pareto: depresión moderada y depresiones leves, esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar (TAB), con el fin de verificar la cobertura de atención en salud mental de la población inscrita o de la cohorte de acuerdo a lo que exige la normatividad vigente y de esta manera proceder a analizar consultas, controles, seguimientos, proceso de referencia y contrareferencia de pacientes con patología mental y verificar si se está llevando una cobertura integral, verificando las guías establecidas por el ministerio sobre las patologías pareto realizando una lista de chequeo que permita validar el manejo y el cumplimiento de las mismas en la IPS y de acuerdo a los hallazgos encontrados en la verificación se generó un plan de acción el cual será entregado a la IPS y posteriormente evaluado.

3.4.1.1. Diseño del instrumento

En primera instancia se obtiene ayuda fundamental mediante la colaboración y participación de Enfermera Auditora en la ciudad de Pereira, quien se desempeña actualmente trabajando en una IPS (Institución Prestadora de Servicios de salud) adscrita, se le realizó en un primer plano una entrevista individual directamente en la IPS situada en el centro de la ciudad de Pereira; con el objetivo de obtener información sobre la atención integral de los usuarios con patología mental de dicha IPS partiendo de las características del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud como lo son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; el objetivo de dicha entrevista era conocer el proceso de atención de los usuarios con patología mental.

3.4.1.2. Entrevista estructurada

Datos de identificación de la persona entrevistada:

Nombre: Carolina Serna Hernández

Cargo: Enfermera Auditoria

Tiempo en la empresa: seis años

Preguntas:

¿Cómo accede un usuario perteneciente a la IPS adscrita a una cita por médico general y psiquiatría?

Respuesta entrevistada: Cada usuario de la IPS tiene dos vías de acceso a la consulta por médico general de forma virtual o telefónica; esta última se realiza a través de una línea pbx normal de la EPS y allí asignan su cita mediante un

asesor, también pueden acceder a través de la APP móvil, para psiquiatría no tenemos esta especialidad contratada en la IPS.

¿Cómo se encuentra la oportunidad en días en cuanto a las consultas de medicina general y psiquiatría?

Respuesta entrevistada: Para la consulta por médico general estamos en un promedio de un día y para la consulta de psiquiatría por medio de un prestador externo de la EPS está entre 20 a 30 días.

¿Cuál es el recurso humano actual de la IPS en cuanto en cuanto al grupo interdisciplinario de salud mental?

Respuesta entrevistada: Actualmente tenemos 3 médicos generales en el horario de 7:00 a.m a 05:00 p.m. jornada continua y tenemos un médico para consulta por tele orientación contamos además con psicología, trabajo social, terapia psicosocial y actualmente estamos a la espera de visto bueno de contratación de una enfermera, médico psiquiatra y una terapeuta ocupacional.

¿Cuál es la distribución de diagnósticos que manejan en la cohorte de salud mental?

Respuesta entrevistada: La cohorte actual de salud mental cuenta con 363 casos distribuidos por diagnóstico de ingreso a la consulta sea por medicina general:

- Trastorno depresivo recurrente episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos (157)
- Trastorno afectivo bipolar maniaco presente con síntomas psicóticos (90)
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples de drogas (40)
- Esquizofrenia paranoide (29)
- Trastorno mental orgánico o sintomático no especificado (13)
- Trastorno de ansiedad generalizada (12)

- Otros trastornos psicóticos agudos con predominio de ideas delirantes (7)
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (7)
- Otros trastornos psicóticos agudos transitorios (5)
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol síndrome de dependencia (2)
- Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (1)

¿Cuántos prestadores o IPS tienen actualmente contratadas para remitir los pacientes desde la consulta externa en caso de que presenten alguna descompensación o requieran urgente remisión a unidad mental?

Respuesta entrevistada: Actualmente la primera entrada para remitir a un paciente es una Clínica de la ciudad de Pereira, allí ingresan por urgencias, son valorados por psiquiatría y allí determinan si requieren unidad mental donde en Pereira se tiene contratación con un solo prestador con dos sedes, una vía cerritos y otra en la oficina Cartago.

¿Qué sistema manejan para la realización de historias clínicas?

Respuesta entrevistada: el sistema empleado es propio de la IPS se denomina Ciklos y es digital.

¿De acuerdo a nuestra investigación es posible tener acceso a la cohorte de los pacientes de salud mental de la IPS?

Respuesta entrevistada: Si, siempre y cuando demuestren por medio de una carta el tema de investigación, solo es posible la entrega de los pacientes y la revisión de una determinada muestra a través de nuestra plataforma digital Ciklos.

3.4.1.3. Identificación procesos de atención en la IPS

Se valida la cohorte de 363 pacientes con patología mental de los cuales se eligen tres patologías pareto: trastorno depresivo recurrente episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos con un total de 157 casos, trastorno afectivo bipolar maniaco presente con síntomas psicóticos (90 casos) y esquizofrenia paranoide (29) (Véase Anexo 2); los criterios para el enfoque en dichas patologías se derivan del top tres de acuerdo a cantidad de pacientes por patología entre los cuales se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples de drogas pero por dificultades en acceso a este tipo de historias clínicas no se pudo realizar análisis de los mismos por lo que se analizó la patología relacionada con esquizofrenia ubicada en el puesto número cuatro para un total en las tres patologías pareto de 276 casos.

Para evaluar de forma integral a la IPS se diseñaron instrumentos elaborados bajo tres componentes; el primero en relación a la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 (Véase anexo 3) la cual garantiza el derecho a la salud mental con enfoque promocional de calidad de vida, estrategia y principios de la atención primaria en salud enfocados en lo relacionado a salud mental en primer nivel de atención por medio de este instrumento se validó si la IPS está cumpliendo a cabalidad en relación al recurso humano y a la formación que le debe ofrecer al recurso humano, el segundo y el tercer instrumento está basado en la guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada implementada por la organización mundial de la salud (OMS) la cual es la más actualizada además se elaboró bajo los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad y el último se elaboró bajo la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias.

De acuerdo a la figura 1 para el trastorno depresivo recurrente episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos con un total de 157 casos se toma la

muestra con un margen de error del 10% con nivel de confianza del 99% donde arrojó un tamaño de muestra de 81 pacientes para analizar (Véase Anexo 4).

Margen de error:

 Nivel de confianza:

 Tamaño de Poblacion:

Margen: 10%
Nivel de confianza: 99%
Poblacion: 157

Tamaño de muestra: 81

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{(z^2(p \cdot q))}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra
 z= Nivel de confianza deseado
 p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
 q=Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
 e= Nivel de error dispuesto a cometer
 N= Tamaño de la poblacion

Figura 1 *Tamaño de la Muestra Trastorno Depresivo Recurrente*

Se procede a seleccionar los 81 pacientes y se analiza uno a uno la última consulta de médico general sobre su patología mental en este caso relacionada con depresión por medio de la plataforma Ciklos donde se evalúan a cuatro médicos generales mediante el instrumento elaborado para dicha patología por medio de la Guía de Intervención mhGAP definida por la organización mundial de la salud, de los 81 pacientes seleccionados, 41 corresponden al sexo masculino y 40 pacientes al sexo femenino, se evaluaron inicialmente las historias clínicas del sexo masculino seguido del femenino. (Véase Anexo 5).

Para la segunda patología pareto: trastorno afectivo bipolar maniaco presente con síntomas psicóticos (90) la muestra arrojó un valor de 59 casos (Figura 2), se procede a seleccionar los 59 pacientes (Véase Anexo 6) y se analiza uno a uno la última consulta de médico general que tuvo sobre su patología mental en este caso relacionada con trastorno afectivo bipolar por medio de la plataforma Ciklos donde se evalúan a 3 médicos generales mediante el instrumento elaborado para

dicha patología por medio de la Guía de Intervención mhGAP definida por la organización mundial de la salud, de los 59 pacientes 33 corresponden al género femenino y 26 al género masculino (Véase Anexo 7).

Calculadora de Muestras

Margen de error:

 Nivel de confianza:

 Tamaño de Poblacion:

Margen: 10%
Nivel de confianza: 99%
Poblacion: 90

Tamaño de muestra: 59

Ecuacion Estadística para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra
 Z= Nivel de confianza deseado
 p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
 q=Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
 e= Nivel de error dispuesto a cometer
 N= Tamaño de la población

Figura 2 *Tamaño de la Muestra Trastorno Afectivo Bipolar Maníaco*

Por último, para la patología pareto tres: esquizofrenia paranoide (29), la muestra arrojó un valor de 25 casos. (Figura 3), se procede a seleccionar los 25 pacientes (Véase Anexo 8) y se analiza uno a uno la última consulta de médico general que tuvo sobre su patología mental en este caso relacionada esquizofrenia por medio de la plataforma Ciklos donde se evalúan a 3 médicos generales mediante el instrumento elaborado por medio de la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, de los 29 pacientes 5 corresponden al género femenino y 20 al género masculino (Véase Anexo 9).

Calculadora de Muestras

Margen de error:
10% ▾
Nivel de confianza:
99% ▾
Tamaño de Poblacion:
29
Calcular

Margen: 10%
Nivel de confianza: 99%
Poblacion: 29

Tamaño de muestra: 25

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{(z^2(p \cdot q))}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra
Z= Nivel de confianza deseado
p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
q=Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la poblacion

Figura 3 **Tamaño de la Muestra Esquizofrenia Paranoide**

3.5. Técnicas para el análisis de la información

La técnica empleada para el tratamiento de los datos obtenidos en la investigación se realizó de acuerdo a la revisión de un total de 165 historias clínicas a través del aplicativo Ciklos el cual maneja la IPS San Sebastián para realizar la consulta médica como se puede evidenciar en la Figura 4. Se revisó uno a uno las historias clínicas y se indexo toda la información evidenciada en cada uno de los instrumentos de las patologías pareto.

Cuestionarios

Situación Actual Antecedentes Factores de Riesgo Revisión por Sistemas Examen Físico Dx y Cx

Situación Actual

▼ Causa de Consulta

Motivo de Consulta

" PARA REFORMULACION "

Enfermedad Actual

47 AÑOS , AMA DE CASA , EN TRATAMIENTO PARA TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR , FUE VALORADA POR PSQUIATRA HACE 10 MESES , SE LE INDICO TRATAMIENTO CON

1- VALCOTE 1 TB VO CADA 12 HORAS
2- CLONAZEPAM 15 GOTAS CADA NOCHE

BUENA RESPUESTA A LA TERAPIA , DUERME BIEN , SE HA SENTIDO TRANQUILA , MENOS ANGUSTIA , NIEGA ALTERACION SENSO PERCEPTIVA , VIVE SOLA , TRABAJA EN VENTAS Y SEGURIDAD .

ES OBESA MORBIDA , TIENE PENDIENTE CIRUGIA .

Cuestionarios

Situación Actual Antecedentes Factores de Riesgo Revisión por Sistemas Examen Físico Dx y Cx

Factores de Riesgo

▼ Factores Protectores

Ejercicio No ☐

Realiza Actividades Recreativas No ☐

► Factores de riesgo

► Factores de riesgo Biosicosocial

► Sexualidad y planificación familiar

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
F318	Confirmado Repetido	Otros Trastornos Afectivos Bipolares	Enfermedad General	Ver Hc
E660	Confirmado Repetido	Obesidad Debida A Exceso De Calorias	Enfermedad General	Ver Hc
Z308	Confirmado Nuevo	Otras Atenciones Especificadas Para La Anticoncepcion	Enfermedad General	Ver Hc

Ordenamientos

Figura 4 Historia Clínica Paciente con Trastorno Afevtivo Bipolar

3.6. Consideraciones éticas

Basados en la resolución No 008430 de 1193 en su artículo 11 del Ministerio de Salud colombiano la clasificación de esta investigación se categoriza como una investigación sin riesgo ya que se basa en una investigación documental y no se realizará ninguna modificación en cuanto a variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, solo se realizará revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios, pero no se tratarán aspectos sensitivos de la conducta.

4. Capítulo 4.

4.1. Análisis de los resultados

Se realiza la validación de los instrumentos aplicados mediante la tabulación donde se obtiene lo siguiente:

- A. Instrumento Depresión (Figura 5): Muestra: 81 historias clínicas (41 sexo masculino y 40: sexo: femenino), Médicos evaluados: 4

Patología a evaluar: Trastorno depresivo recurrente episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos.

- El 71,6% de los médicos tiene conocimientos de los síntomas para identificar si el paciente cursa con una depresión moderada a grave y un 28, 4% de los médicos no los identifican.
- El 50,6% de los médicos hace referencia sobre episodios anteriores de síntomas maníacos y el 49,4% de los médicos no hace referencia sobre dichos episodios anteriores de síntomas maníacos.
- El 69,7% de los médicos pregunta al paciente sobre depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor) y el 32,1% de los médicos no indagan sobre depresión con características psicóticas.

- El 56,8% de los médicos reconsidera el riesgo de suicidio/autolesión, posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias y busca enfermedades médicas concomitantes y el 43,2% de los médicos no reconsideran el riesgo de suicidio/autolesión.
- De las 40 historias clínicas correspondientes al sexo femenino el 45% de los médicos preguntan sobre: Embarazo actual conocido o posible, último período menstrual, si está embarazada y si la persona está amamantando y el 55% de los médicos no preguntan.
- En cuanto a la IPS San Sebastián se evidencia que asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra al 62,9% de su población, el restante correspondiente al 41,9% de la población la cual no se programa para control con psiquiatría por inoportunidad en la atención.
- En cuanto a la IPS San Sebastián se evidencia que solo se remite de manera oportuna a otro nivel de atención el 58,02% de la población, en restante correspondiente al 41,9% no se remite de manera oportuna a otro nivel de atención.

Cantidad muestra: 81 pacientes (Sexo Femenino: 40, Sexo Masculino: 41)														TOTAL %	
Médicos intervenidos: 4															
Medico 1: Diana Marcela Benavides Riascos Registro del profesional: 41453 # Historias Clínicas Analizadas: 23	SI	NO	Medico 2: Sandra Milena Gallego Naranjo Registro del profesional: 15946 # Historias Clínicas Analizadas: 24	SI	NO	Medico 3: Mauricio Alberto Ocampo Montoya Registro del profesional: 3781 # Historias Clínicas Analizadas: 10	SI	NO	Medico 3: Erika Yuranny Peña Mateus Registro del profesional: 27662 # Historias Clínicas Analizadas: 24	SI	NO	SI	NO		
1. El profesional tiene conocimientos de los síntomas para identificar si el paciente cursa con una depresión moderada a grave	15	8	1. El profesional tiene conocimientos de los síntomas para identificar si el paciente cursa con una depresión moderada a grave	17	7	1. El profesional tiene conocimientos de los síntomas para identificar si el paciente cursa con una depresión moderada a grave	10	0	1. El profesional tiene conocimientos de los síntomas para identificar si el paciente cursa con una depresión moderada a grave	16	8	71,6	28,4		
2. El profesional hace referencia sobre episodios anteriores de síntomas maníacos	12	11	2. El profesional hace referencia sobre episodios anteriores de síntomas maníacos	12	12	2. El profesional hace referencia sobre episodios anteriores de síntomas maníacos	2	8	2. El profesional hace referencia sobre episodios anteriores de síntomas maníacos	15	9	50,6	49,4		
3. El profesional pregunta al paciente sobre depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor)	10	13	3. La profesional pregunta al paciente sobre depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor)	17	7	3. El profesional pregunta al paciente sobre depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor)	7	3	3. El profesional pregunta al paciente sobre depresión con características psicóticas (ideas delirantes, alucinaciones, estupor)	21	3	67,9	32,1		
4. El profesional reconsidera el riesgo de suicidio/autolesión, posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias y busca	19	4	4. El profesional reconsidera el riesgo de suicidio/autolesión, posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias y busca enfermedades médicas concomitantes	10	14	4. El profesional reconsidera el riesgo de suicidio/autolesión, posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias y busca enfermedades médicas concomitantes	4	6	4. El profesional reconsidera el riesgo de suicidio/autolesión, posible presencia de trastorno por consumo de alcohol o por uso de otras sustancias y busca	13	11	56,8	43,2		

enfermedades médicas concomitantes								enfermedades médicas concomitantes					
5. Si la paciente es mujer, la profesional pregunta sobre: Embarazo actual conocido o posible, Último período menstrual, si está embarazada, si la persona está amamantando	9	4	5. Si la paciente es mujer, la profesional pregunta sobre: Embarazo actual conocido o posible, Último período menstrual, si está embarazada, si la persona está amamantando	3	11	5. Si la paciente es mujer, la profesional pregunta sobre: Embarazo actual conocido o posible, Último período menstrual, si está embarazada, si la persona está amamantando	0	0	5. Si la paciente es mujer, la profesional pregunta sobre: Embarazo actual conocido o posible, Último período menstrual, si está embarazada, si la persona está amamantando	6	7	45,0	55,0
La IPS asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra	51	30		0	0		0	0		0	0	63	37,037
Si el paciente requiere remisión a unidad mental se garantizó oportunamente (el mismo día)	47	34		0	0		0	0		0	0	58	41,975

Figura

5Instrumento

Depresión

B. Instrumento Trastorno Afectivo Bipolar (Figura 6): Muestra: 59 historias clínicas (33 sexo femenino y 26: sexo: masculino), Médicos evaluados: 3

Patología a evaluar: Trastorno afectivo bipolar maniaco presente con síntomas psicóticos.

- El 59,3% de los médicos evidencian en la consulta: estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, aumento de actividad, inquietud, excitación habla en exceso, pérdida de la inhibición social normal, menor necesidad de sueño, autoestima elevada, muy distraído, elevada energía sexual o imprudencias de carácter sexual y el 40,7% no lo evidencian.
- El 27,1% de los médicos evalúa y aplica la guía de depresión mediante Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada y el 72,9% no lo evalúa ni aplica.
- El 62,7% de los médicos identifica trastornos por consumo de alcohol o drogas, demencia, suicidio/autolesión, enfermedad médica recurrente, especialmente hiper o hipotiroidismo, enfermedad renal o cardiovascular y el 37,3% no lo identifica.
- El 47,5% de los médicos identifica dos o más episodios agudos (por ejemplo, dos episodios de manía o un episodio de manía y un episodio de depresión) O un solo episodio maniaco que implica riesgo y consecuencias adversas significativas y el 52,5% no lo identifica.
- El 81,4% de los médicos identifica si la persona está en embarazo o lactancia, edad avanzada o es adolescente y el 18,6% no lo identifica.
- En cuanto a la IPS San Sebastián se evidencia que asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra al 74,6% de su población, el restante correspondiente al 25,4% de la población la cual no se programa para control con psiquiatría por inoportunidad en la atención.
- En cuanto a la IPS San Sebastián se evidencia que solo se remite de manera oportuna a otro nivel de atención el 28,8% de la población, en restante

correspondiente al 71,2% no se remite de manera oportuna a otro nivel de atención.

Cantidad muestra: 59 pacientes Médicos intervenidos: 4 (Sexo femenino: 33, Sexo Masculino 26)									TOTAL %	
Medico 1: Diana Marcela Benavides Riascos Registro del profesional: 41453 # Historias Clínicas Analizadas: 20	SI	NO	Medico 2: Sandra Milena Gallego Naranjo Registro del profesional: 15946 # Historias Clínicas Analizadas: 20	SI	NO	Medico 3: Mauricio Alberto Ocampo Montoya Registro del profesional: 3781 # Historias Clínicas Analizadas: 19	SI	NO	SI	NO
1. El profesional evidencia lo siguiente en la consulta: »Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable » Aumento de actividad, inquietud, excitación » Habla en exceso » Pérdida de la inhibición social normal » Menor necesidad de sueño » Autoestima elevada » Muy distraído » Elevada energía sexual o imprudencias de carácter sexual	14	6	1. El profesional evidencia lo siguiente en la consulta: »Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable » Aumento de actividad, inquietud, excitación » Habla en exceso » Pérdida de la inhibición social normal » Menor necesidad de sueño » Autoestima elevada » Muy distraído » Elevada energía sexual o imprudencias de carácter sexual	12	8	1. El profesional evidencia lo siguiente en la consulta: »Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable » Aumento de actividad, inquietud, excitación » Habla en exceso » Pérdida de la inhibición social normal » Menor necesidad de sueño » Autoestima elevada » Muy distraído » Elevada energía sexual o imprudencias de carácter sexual	9	10	59,3	40,7
2. El profesional evalúa y aplica la guía de depresión mediante Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada	8	12	2. El profesional evalúa y aplica la guía de depresión mediante Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada	4	16	2. El profesional evalúa y aplica la guía de depresión mediante Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada	4	15	27,1	72,9

3. El profesional identifica: » Trastornos por consumo de alcohol o drogas » Demencia » Suicidio / autolesión » Enfermedad médica concurrente, especialmente hiper o hipotiroidismo, enfermedad renal o cardiovascular	11	9	3. El profesional identifica: » Trastornos por consumo de alcohol o drogas » Demencia » Suicidio / autolesión » Enfermedad médica concurrente, especialmente hiper o hipotiroidismo, enfermedad renal o cardiovascular	12	8	3. El profesional identifica: » Trastornos por consumo de alcohol o drogas » Demencia » Suicidio / autolesión » Enfermedad médica concurrente, especialmente hiper o hipotiroidismo, enfermedad renal o cardiovascular	14	5	62,7	37,3
4. El profesional identifica: » dos o más episodios agudos (por ejemplo, dos episodios de manía o un episodio de manía y un episodio de depresión) O » un solo episodio maniaco que implica riesgo y consecuencias adversas significativas	10	10	4. El profesional identifica: » dos o más episodios agudos (por ejemplo, dos episodios de manía o un episodio de manía y un episodio de depresión) O » un solo episodio maniaco que implica riesgo y consecuencias adversas significativas	7	13	4. El profesional identifica: » dos o más episodios agudos (por ejemplo, dos episodios de manía o un episodio de manía y un episodio de depresión) O » un solo episodio maniaco que implica riesgo y consecuencias adversas significativas	11	8	47,5	52,5
5. El profesional identifica si la persona está en embarazo o lactancia, edad avanzada o es adolescente	16	4	5. El profesional identifica si la persona está en embarazo o lactancia, edad avanzada o es adolescente	19	1	5. El profesional identifica si la persona está en embarazo o lactancia, edad avanzada o es adolescente	13	6	81,4	18,6
La IPS asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra	17	3		10	10		17	2	74,6	25,4
Si el paciente requiere remisión a unidad mental se garantizó oportunamente (el mismo día)	6	14		1	19		10	9	28,8	71,2

Figura 6 Instrumento TAB

C. Instrumento Esquizofrenia (Figura 7): Muestra: 25 historias clínicas (sexo femenino: 4 y sexo: masculino: 21), Médicos evaluados: 3

Patología a evaluar: esquizofrenia paranoide

- El 52% de los médicos reconoce las recomendaciones para hacer el diagnóstico de Primer Episodio Psicótico y de Esquizofrenia, mientras que el 48% no reconoce dichas recomendaciones.
- El 48% de los médicos sabe cuáles son los aspectos generales que se deben tener en cuenta al iniciar el tratamiento para episodios psicóticos y esquizofrenia y el 52% desconoce los aspectos.
- El 48% de los médicos reconoce los parámetros para una valoración inicial óptima y el 52% no reconoce dichos parámetros.
- El 56% de los médicos reconoce cuándo se debe indicar la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en pacientes con Esquizofrenia y el 44% no conoce las indicaciones para la TEC.
- El 72% de los médicos sabe cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas eficaces y disponibles para el manejo de: primer episodio psicótico y el 28% desconoce dichas opciones.
- En cuanto a la IPS San Sebastián se evidencia que asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra al 72% de su población, el restante correspondiente al 28% de la población la cual no se programa para control con psiquiatría por inoportunidad en la atención.
- En cuanto a la IPS San Sebastián se evidencia que solo se remite de manera oportuna a otro nivel de atención el 4,8% de la población, el restante correspondiente al 52% el cual no se remite de manera oportuna a otro nivel de atención.

Cantidad muestra: 25 pacientes Médicos intervenidos: (Sexo femenino: 4, Sexo Masculino 21)									TOTAL %	
Medico 3: Mauricio Alberto Ocampo Montoya Registro del profesional: 3781 # Historias Clínicas Analizadas: 8	SI	NO	Medico 2: Sandra Milena Gallego Naranjo Registro del profesional: 15946 # Historias Clínicas Analizadas: 8	SI	NO	Medico 3: Diana Marcela Benavides Riascos Registro del profesional: 41453 # Historias Clínicas Analizadas: 9	SI	NO	SI	NO
1. El profesional reconoce las recomendaciones para hacer el diagnóstico de Primer Episodio Psicótico y de Esquizofrenia	4	4	1. El profesional reconoce las recomendaciones para hacer el diagnóstico de Primer Episodio Psicótico y de Esquizofrenia	4	4	1. El profesional reconoce las recomendaciones para hacer el diagnóstico de Primer Episodio Psicótico y de Esquizofrenia	5	4	52,0	48,0
2. El profesional sabe ¿Cuáles son los aspectos generales que se deben tener en cuenta al iniciar el tratamiento para Episodios psicóticos y Esquizofrenia?	5	3	2. El profesional sabe ¿Cuáles son los aspectos generales que se deben tener en cuenta al iniciar el tratamiento para Episodios psicóticos y Esquizofrenia?	4	4	2. El profesional sabe ¿Cuáles son los aspectos generales que se deben tener en cuenta al iniciar el tratamiento para Episodios psicóticos y Esquizofrenia?	3	6	48,0	52,0
3. El profesional reconoce los parámetros para una valoración inicial óptima	3	5	3. El profesional reconoce los parámetros para una valoración inicial óptima	3	5	3. El profesional reconoce los parámetros para una valoración inicial óptima	6	3	48,0	52,0
4. El profesional reconoce ¿Cuándo se debe indicar la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en pacientes con Esquizofrenia	6	2	4. El profesional reconoce ¿Cuándo se debe indicar la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en pacientes con Esquizofrenia	5	3	4. El profesional reconoce ¿Cuándo se debe indicar la Terapia Electroconvulsiva (TEC) en pacientes con Esquizofrenia	3	6	56,0	44,0
5. El profesional sabe ¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas eficaces y disponibles para el manejo de: primer episodio psicótico?	5	3	5. El profesional sabe ¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas eficaces y disponibles para el manejo de: primer episodio psicótico?	5	3	5. El profesional sabe ¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas eficaces y disponibles para el manejo de: primer episodio psicótico?	8	1	72,0	28,0
La IPS asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra	7	1		6	2		5	4	72,0	28,0

Si el paciente requiere remisión a unidad mental se garantizó oportunamente (el mismo día)	1	7		4	4		7	2	48,0	52,0
--	---	---	--	---	---	--	---	---	------	------

Figura 7Instrumento Esquizofrenia

4.2. Plan de acción

Causa	Estrategia	Actividad	Responsable	Categoría principio básico de calidad
La IPS San Sebastián no actualiza de forma continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.	Establecer un cronograma de capacitación a todo el talento humano que hace parte de la atención de los pacientes de la cohorte de salud mental	Realizar cronograma de capacitación para desarrollar e implementar en el último trimestre del año 2020	Medica Coordinadora de la IPS San Sebastián	Continuidad
Falta de personal profesional en las áreas de: Psiquiatría, Enfermería y Terapia ocupacional en la IPS.	Realizar oficio dirigido al área de contratación de la EPS	Redactar oficio al área de contratación de la EPS con la solicitud o requisición del siguiente talento humano: Médico Psiquiatra: 1, Enfermera Profesional: 1, Terapeuta ocupacional: 1 con el fin de dar cumplimiento a lo propuesto en la Ley 1616 de 2013	Medica Coordinadora de la IPS San Sebastián	Accesibilidad
Falta de conocimiento de los médicos generales en cuanto a actualización de guías de Intervención mhGAP, guías de práctica clínica en salud mental y Ruta Integral de Atención en Salud Mental para las tres patologías pareto: Depresión, Trastorno Afectivo Bipolar y Esquizofrenia	Desarrollar capacidades en el talento humano de la IPS	Diseñar y aplicar cronograma de capacitación en guías de Intervención mhGAP, guías de práctica clínica en salud mental y Ruta Integral de Atención en Salud Mental para las tres patologías pareto: Depresión, Trastorno Afectivo Bipolar y Esquizofrenia para desarrollar en los meses de septiembre, noviembre y diciembre	Enfermera Coordinadora de la IPS	Continuidad

Falta de conocimiento de la población (Cohorte) por parte de los médicos generales	Realizar un análisis de la población objeto	Realizar el análisis de situación en salud mental de la población perteneciente a la IPS San Sebastián	Medica Coordinadora de la IPS San Sebastián	Continuidad
	Establecer un cronograma de reuniones	Realizar reunión de forma mensual con las EAPB e IPS para la planeación y retroalimentación de las acciones de búsqueda activa, canalización y atención de personas con problemas o trastornos mentales.	Medica Coordinadora de la IPS San Sebastián	Oportunidad
Falta de oportunidad en la asignación de cita por primera vez por psiquiatría	Envío de oficio a la IPS contratada para la valoración de pacientes por psiquiatría	Establecer acuerdos entre la IPS y el prestador de salud mental con el fin de asegurar el acceso oportuno a la consulta por psiquiatría de acuerdo a las acciones definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud Mental y la adecuación de servicios y programas.	Medica Coordinadora de la IPS San Sebastián	Oportunidad
Falta de oportunidad en la remisión a otro nivel de atención para manejo en unidad mental o psiquiatría	Envío de oficio al área de contratación de la EPS	Realizar un análisis de la red de prestación de servicios en salud mental de la EPS	Enfermera Coordinadora de la IPS	Accesibilidad

4.3. Discusión

Es de vital importancia que las leyes y los decretos se cumplan a cabalidad sobre todo en temas de salud mental, contemplando la segunda causa de patología más diagnosticada en el país. Los factores socioeconómicos como demográficos son facilitadores para generar barreras al acceso a la salud, pero también se debe a la no cobertura, falta de horarios apropiados, falta de talento humano, deficiencias de infraestructura y empoderamiento que no ofrecen las EPS y por ende ni las IPS. Las instituciones de salud públicas como privadas deben permitir el acceso, la oportunidad y la continuidad en los servicios de salud mental mediante la generación de estrategias enfocadas en la población que presenta barreras en el acceso a los servicios de salud y que nunca han tenido un relacionamiento con dichos servicios con el fin de incorporarlos a programas y a los servicios en salud mental y de esta manera garantizar una atención integral.

4.4. Conclusiones

- En relación al decreto 1011 de 2006 y sus características de accesibilidad, oportunidad y continuidad; se evidencia que los servicios ofertados por la IPS San Sebastián no son aplicados de acuerdo a lo descrito; se presentan retrasos en la atención debido a la inadecuada oferta de servicios en relación a la demanda y los usuarios no obtienen las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de las guías de manejo.
- Tal como lo plan la encuesta nacional de salud mental 2015 en relación al acceso a servicios de salud mental deben existir equipos multidisciplinarios para la atención de pacientes con trastornos mentales, sin embargo, la IPS no cuenta con un equipo o talento humano completo y actualizado en conocimientos o guías de atención primaria en salud mental.

- Se evidencia la falta de coherencia entre lo establecido en la Ley 1616 de 2013 fundamentada en la calidad de vida y en los principios de atención primaria en salud frente a lo encontrado en la investigación; no se aplica la atención completa e integral en los ámbitos de promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación en salud.
- La Ley de salud mental, expedida en enero del 2013 garantiza el derecho a la salud mental de la población eliminando las barreras al momento de acceder a los servicios de salud y en relación con los resultados de la investigación el panorama no es realista ni aplicable; no se evidencia una adecuada prestación de los servicios a través de la atención primaria, con deficiencias en conocimientos por parte de los profesionales de la salud, la no adherencia a guías de manejo, la inoportunidad en las remisiones, son evidencias que fundamentan la importancia de generar acciones y estrategias que permitan fortalecer la oportunidad en la atención de la patología mental.
- El trabajo de investigación permitió validar la importancia y el control que deben tener los entes (Estado, EPS e IPS) en la verificación y cumplimiento de guías de las enfermedades de salud mental más prevalentes en este caso trastorno afectivo bipolar, depresión y esquizofrenia; debido a que las guías actuales no se cumplen en un 100%.
- La importancia en el cuidado y el servicio en salud mental debe ir ligada a la responsabilidad social que deben adquirir las IPS en los servicios de atención y cuidados de la salud mental; el reconocimiento de valores, personal altamente capacitado, el fortalecimiento en el acompañamiento de la terapia farmacológica, el manejo adecuado de la comunicación confiable deben ofrecer integralidad en la atención mediante un grupo de apoyo y gestión comprometido para la satisfacción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales.

- Se puede evidenciar que las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) no están siendo evaluadas de una forma que permita garantizar la cobertura integral en relación a patologías mentales.
- Actualmente la IPS no cuenta con el talento humano completo para la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes con patologías mentales como: trastorno afectivo bipolar, episodios depresivos graves y esquizofrenia lo que conlleva a la no cobertura integral para el manejo de dichas patologías.
- Se evidencia que la IPS no actualiza de forma continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.
- En relación a la oportunidad en remisión de las tres patologías analizadas, los pacientes con trastorno afectivo bipolar maniaco tienen pocas garantías o acceso a una remisión oportuna a unidad mental o control con psiquiatría en relación a las otras dos patologías como depresión y esquizofrenia.
- Es necesario que los entes gubernamentales ejerzan un mejor control sobre las IPS y las EPS para garantizar una mayor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud mental.
- Los factores socioeconómicos como demográficos son facilitadores para generar barreras al acceso a la salud, pero también se debe a la no cobertura, falta de horarios apropiados, talento humano, infraestructura y empoderamiento que no ofrecen las IPS.
- Las IPS tanto públicas como privadas deben permitir el acceso, la oportunidad y la continuidad en los servicios de salud mental mediante la

generación de estrategias y enfocadas en la población que presenta barreras en el acceso a los servicios de salud y que nunca han tenido un relacionamiento con dichos servicios con el fin de incorporarlos a programas y a los servicios en salud mental.

- La falta de oportunidad en la prestación de servicios de salud para la patología mental no solo se ve afectada por la no integralidad en la atención y en la falta de calidad sino también en el recurso humano que esta exige, ya que el talento humano especializado para atender adecuadamente la patología mental no es suficiente.
- Las pacientes con trastornos mentales forman parte de una de las poblaciones en las que se ven más vulnerados los derechos humanos lo que conlleva a que su atención integral sea indispensable para desarrollar una vida normal.
- Se requiere más control de los entes gubernamentales sobre las IPS y las EPS para garantizar una mayor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud mental.

5. Referencias

Circular externa 26. Ministerio de salud y protección social. 22 de abril de 2020. Diario Oficial No. 51.293. Obtenido de https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/circular_minsaludps_0026_2020.htm

González, L., Peñaloza, E., Matallana, M., Gómez, C., Vega, A. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (S1), 89-95. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a12.pdf>

Hernández Holguín, Dora María & Sanmartín-Rueda, Cristian Felipe (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17 (35), 1-31. Obtenido de [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20\(2018-II\)/54557477004/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477004/)

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ministerio de la Salud y Protección Social. (Julio de 2018). Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>

Ministerio de salud. (Abril de 2020). Circular externa 26. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=6044](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=6044)

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=2203DD892297C93A9383D75AF804C693?sequence=1

Posada, José A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4), 497-498. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&tlng=es

Tobón, F.A, Londoño, C.D. (2019). Comprensión de la ciencia al servicio y cuidados de la salud y alteración mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 275-284. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.27922016>

ANEXOS

Artículo	Referencia del artículo	Base de datos	Algoritmo de búsqueda	Metodología	Objetivo y resultados	Conclusiones
1	Bernal, L.A., Castaño, G.A., Restrepo, D.P., (Mayo 2018). Salud mental en Colombia: Un análisis crítico. CES Medicina.	Scielo	Cobertura en salud mental	Revisión de la literatura científica sobre la salud mental en Colombia en PubMed, Science Direct,	Resultados: se han hecho importantes esfuerzos por promulgar leyes y políticas que acaben las brechas	El acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales,
2	González, L.M., Penaloza R.L., Matallana, M.A., Gil, F., Restrepo, C., (Diciembre 2016).	Scielo	Cobertura en salud mental	Material y métodos. Análisis de variables de acceso a consulta en atención a salud	Objetivo: Analizar los factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la	Conclusiones: Se deben realizar más estudios que permitan evaluar la situación del acceso a servicios de atención en salud
3	Zarza, D.E., Montañez, C.M. /Agosto 2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con	Scielo	Cobertura en salud mental	Se realizó una revisión de tema mediante la búsqueda en las bases de datos	Los hallazgos presentados a continuación muestran diversos elementos que	Colombia, los servicios para la atención de la salud mental
4	Kruger, N., García, J., González, P.A. (Junio 2018). Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los	Scielo	Salud mental y servicios de urgencias	revisión de la literatura de tipo descriptivo, desarrollada	Objetivo: En el presente artículo de revisión bibliográfica busca	Conclusiones: Realizando un abordaje de la urgencia psiquiátrica un análisis clínico
5	Humana, A., Conzuelo, V.D. (Enero 2019). Comprensión de la ciencia al servicio y	Scielo	Relación entre Salud mental y EPS (Empresas promotoras de servicios de salud)	Exposición curricular de hermenéutica de casos, apoyados en el testimonio de usuarios de EPS en	Se presentan en las siguientes categorías, que permitieron inferir las	Esta investigación hace énfasis en la urgencia ineludible de reestructurar el Sistema General de
6	Mesa, A.M., Salamanca, J. (Diciembre 2018). Estado de los servicios de atención sobre	Universidad Francisco de Paula	Salud mental y las administradoras de servicios de salud	investigación de tipo descriptivo y corte transversal, en la que a partir	Objetivo: Describir el estado actual de los servicios de atención en salud mental en la ciudad	Conclusiones: Los servicios habilitados para salud mental son limitados y no cumplen con la
7	Almeida, L., Fortuna, C.M., Borges, F.A. (Octubre 2019). Indicios para la educación	Scielo	Relación entre Salud mental y EPS	investigación intervención realizada con 20 trabajadores de dos equipos	Objetivo: analizar el proceso de Educación Permanente en Salud sobre salud mental en equipos	la Clínica Social dio una vivencia de facilitar la formación en el trabajo, apuntando indicios para
8	Alzate, A., González, C. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de	Scielo	Salud mental y las administradoras de servicios de salud	metodología: la información parte de usuarios, familiares, prestadores y funcionarios. Incluye una	Objetivo: Conocer la percepción de usuarios, familiares, prestadores de servicios de salud y	monstrar la regularización de los servicios de salud mental de acuerdo a la política de salud mental y las planes de desarrollo

Anexo 1 Matriz de Artículos

FACTORES QUE INCIDEN SOBRE LOS COMPONENTES DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	Numero de Identificación	Nombre	Sexo	Edad	Semanas Cotizadas	IPS Afiliado	Oficina IPS	Regional de la Oficina	Número de evento	Estado del Evento	Fecha Consulta	Diagnóstico Ingreso	Tipo de Ingreso (Evento)	Prestador	Oficina Prestador	Ciudad Prestador	Especialidad Médica	Regional Prestado	Remisión otra institución	Destino Paciente		
2	CC	ADIELA	FEMENIN	71	617	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2400095	FINALIZA	22/02/2019 17:17	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	REMITIDO		
3	2494128	ARIAS	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	AL		
4	2469409	ADRIANA	FEMENIN	37	405	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2405930	FINALIZA	13/03/2019 15:40	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
5	2517054	MARIA	FEMENIN	49	505	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2524950	FINALIZA	18/06/2020 13:10	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
6	2517054	CONSUE	FEMENIN	59	234	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2454622	FINALIZA	20/08/2019 20:33	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
7	2519240	ALBA	FEMENIN	50	65	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2386856	FINALIZA	12/01/2019 8:30	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
8	1599015	LUCIA	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
9	1083215	DE	FEMENIN	31	519	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2477525	FINALIZA	9/11/2019 10:52	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
10	1083357	BA	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
11	1083357	BA	FEMENIN	20	36	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2509386	FINALIZA	14/03/2020 10:54	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
12	1053823	RA	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
13	1002900	ALEXAN	MASCULI	27	720	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2496285	FINALIZA	22/01/2020 12:52	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
14	1053849	DER	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
15	1093217	PO	MASCULI	42	434	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2394339	FINALIZA	4/02/2019 19:30	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
16	7193819	ALVARO	MASCULI	24	98	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2498169	FINALIZA	29/01/2020 20:04	ESQUIZO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
17	1093217	JAVIER	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
18	7193819	ALEXIS	MASCULI	29	256	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2395942	FINALIZA	9/02/2019 10:13	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
19	1622947	DE	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
20	1622947	BLADIMI	FEMENIN	53	262	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2463335	FINALIZA	18/09/2019 19:45	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
21	5222491	R PEREZ	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	SI	DOMICILIO		
22	1097407	AMFARO	FEMENIN	46	696	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2425376	FINALIZA	15/05/2019 19:53	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
23	1225090	EMERA	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
24	1097407	CAMILA	FEMENIN	46	368	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2406916	FINALIZA	16/03/2019 16:00	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
25	1225090	RODRIG	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
26	1094885	ANDRES	MASCULI	20	397	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2391975	FINALIZA	28/01/2019 11:40	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
27	1094885	CAMILA	FEMENIN	22	441	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2523726	FINALIZA	10/06/2020 11:07	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
28	1094885	ANDRES	MASCULI	32	276	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2409734	FINALIZA	25/03/2019 16:20	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		
29	1094885	FEIPE	O					CAEFTE		DO		BNO	TORIO	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	TRIA	CAEFTE	NO	DOMICILIO		
30	1094885	CARLOS	MASCULI	40	1	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	EJE	2516893	FINALIZA	2/05/2020 17:35	TRASTO	AMBULA	IPS SAN SEBASTI	PEREIRA	PEREIRA	PSIQUIA	EJE	NO	DOMICILIO		

COHORTE COMPLETA 363 pacientes

Anexo 2Cohorte

EVALUACIÓN DE LA IPS EN CUANTO A LA LEY 1616 DEL 21 DE ENERO DE 2013			
IPS San sebastian pereira	Nombre del profesional: Carolina Serna Hernández	Cargo: Enfermera Auditora	
<u>PAUTAS A EVALUAR</u>		<u>SI</u>	<u>NO</u>
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con médico psiquiatra			x
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con el servicio de psicología		x	
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con el servicio de enfermería			x
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con el servicio de trabajo social		x	
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con el servicio de terapia psicosocial		x	
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con el servicio de terapia ocupacional			x
El equipo interdisciplinario de salud mental cuenta actualmete con el servicio de medico general		x	
Realizan formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente		x	
Actualizan de forma continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.			x

Anexo 3Instrumento Ley 1616de 2013

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Numero de Identificación	Nombre	Sexo	Edad	Semanas Cotizadas	IPS Afiliado	Oficina IPS	Regional de la Oficina del Afiliado	Número de evento (NAP)	Estado del Evento	Fecha Consulta
CC 15990156	ALBEIRO DE JESUS PEREZ YEPES	MASCULINO	50	65	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2386856	FINALIZADO	12/01/2019 8:30
CC 1093215779	ALEJANDRA LOPEZ BOTERO	FEMENINO	31	519	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2477525	FINALIZADO	9/11/2019 10:52
CC 1097407704	CAMILA RODRIGUEZ RENDON	FEMENINO	20	397	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2391975	FINALIZADO	28/01/2019 11:40
CC 93060150	CARLOS ALBERTO PUERTA COLORADO	MASCULINO	40	1	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2516893	FINALIZADO	2/05/2020 17:35
CC 10109466	CARLOS ENRIQUE MESA RIOS	MASCULINO	56	33	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2473011	FINALIZADO	23/10/2019 18:41
CC 10017825	CARLOS IGNACIO RODRIGUEZ VALENCIA	MASCULINO	45	237	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2382757	FINALIZADO	28/12/2018 10:32
CC 75092401	CESAR AUGUSTO OSPINA LOPEZ	MASCULINO	40	103	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2506586	FINALIZADO	2/03/2020 18:06
CC 1110581176	CRISTOBAL ANDRES ARANGO CALDERON	MASCULINO	22	153	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2474023	FINALIZADO	27/10/2019 7:00
CC 1053837988	DANIEL ANDRES RENDON OSORIO	MASCULINO	25	446	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2482568	FINALIZADO	28/11/2019 9:39
CC 1053828781	DANIEL MARIN DIAZ	MASCULINO	26	45	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2506151	FINALIZADO	1/03/2020 11:24
CC 1053833211	DANIELA QUINTERO LEAL	FEMENINO	25	539	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2423801	FINALIZADO	10/05/2019 17:38
CC 1094949673	DAVID STEBAN SERNA GALEANO	MASCULINO	24	559	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2484921	FINALIZADO	6/12/2019 23:02
CC 1004521094	DAVID SUAREZ ALVAREZ	MASCULINO	18	918	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2475707	FINALIZADO	1/11/2019 13:36
CC 42019807	DIANA CATALINA SERNA SALDARRIAGA	FEMENINO	38	329	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2413212	FINALIZADO	5/04/2019 14:30
CC 42122511	DIANA DE JESUS MEJIA CORREA	FEMENINO	43	34	IPS SAN SEBASTIAN S.A	PEREIRA	EJE CAFETERO	2528451	FINALIZADO	7/07/2020 20:58

Cohorte Depresión

Anexo 4 Cohorte Depresión

1. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada				
Patología a evaluar: Depresión moderada-grave	Nombre del profesional: Diana Marcela Benavides Riascos	Cargo: Medico General		
PAUTAS A EVALUAR			<u>SI</u>	<u>NO</u>
Pertinencia y seguridad	1. ¿Tiene la persona depresión moderada-grave?	El profesional tiene conocimientos de los síntomas	x	
	2. ¿Tiene la persona depresión bipolar?	El profesional hace referencia sobre episodios anteriores de		x
	3. ¿Tiene la persona depresión con características psicóticas (ideas	El profesional pregunta al paciente sobre depresión con	x	
	4. Condiciones concomitantes	El profesional reconsidera el riesgo de suicidio/autolesión,	x	
	5. La persona es una mujer en edad reproductiva	Si la paciente es mujer, el profesional pregunta sobre:	NA	NA
	6. La persona es un niño o adolescente	NA (COHORTE SOLO ADULTOS)	NA	NA
Oportunidad y continuidad	Se garantizo valoración por primera vez con psiquiatría o control con	La IPS asigna control con psiquiatría una vez el paciente		X
	Remisión	Si el paciente requiere remisión a unidad mental se garantizo	x	

Instrumento Depresión
Tabulación
+

Anexo 5Instrumento Depresion

Numero de Identificación	Nombre	Sexo	Edad	Semanas Cotizadas	IPS Afiliado	Oficina IPS	Regional de la Oficina del Afiliado	Número de evento (NAP)	Estado del Evento	Fecha
CC 1088357774	ALEJANDRA ARIAS GALLEG0	FEMENINO	20	36	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2509386	FINALIZADO	14/0
CC 71938199	ALEXIS DE JESUS GARCIA GARCIA	MASCULINO	53	262	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2463335	FINALIZADO	18/0
CC 52224917	AMPARO RIVERA SANDOVAL	FEMENINO	46	368	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2406916	FINALIZADO	16/0
CC 1094885043	ANDRES FELIPE GALARZA TORO	MASCULINO	32	276	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2409734	FINALIZADO	25/0
CC 25163607	ANGELA PATRICIA GARCIA ALVAREZ	FEMENINO	50	651	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2517193	FINALIZADO	4/0
CC 1053843155	AURA CRISTINA OSORIO AGUDELO	FEMENINO	24	33	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2476186	FINALIZADO	4/1
CC 43058141	BLANCA LIBIA DE JESUS MEJIA TABORDA	FEMENINO	56	90	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2500963	FINALIZADO	9/0
CC 1094950356	BRAYAN STIVEN SALAZAR GARCIA	MASCULINO	22	181	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2238783	FINALIZADO	21/0
CC 1094901051	CARLOS ANDRES VIDAL MIRANDA	MASCULINO	29	33	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2361343	FINALIZADO	22/0
CC 33967458	CARMEN YURI RIOS CALLE	FEMENINO	33	329	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2364248	FINALIZADO	30/0
CC 14569921	CRISTIAN FERNANDO RESTREPO CUERVO	MASCULINO	35	33	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2382763	FINALIZADO	28/0

Anexo 6 Cohorte TAB

1. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada				
Patología a evaluar: Trastorno afectivo bipolar maniaco presente	Nombre del profesional: Diana Marcela Benavides Riascos Registro del profesional: 41453	Cargo: Medico General		
PAUTAS A EVALUAR			<u>SI</u>	<u>NO</u>
Pertinencia y seguridad	¿Está la persona en un estado maniaco?	El profesional evidencia lo siguiente en la consulta: » Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable » Aumento de actividad, inquietud, excitación	x	
	¿Tiene la persona un episodio anterior conocido de manía pero ahora tiene depresión?	El profesional evalúa y aplica la guía de depresión mediante Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada		x
	Investigue la presencia de condiciones concomitantes	El profesional identifica: » Trastornos por consumo de alcohol o drogas	x	
	¿La persona no está actualmente maniaca ni deprimida, pero tiene una historia de manía?	El profesional identifica: » dos ó más episodios agudos (por ejemplo, dos episodios de manía o un episodio de manía y un episodio de depresión) O	x	
	¿Está la persona en un grupo especial?	El profesional identifica si la persona esta en embarazo o lactancia, edad avanzada o es adolescente	x	
Oportunidad y continuidad	Se garantizo valoración por primera vez con psiquiatría o control con psiquiatría	La IPS asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o psiquiatra	x	
	Remisión	Si el paciente requiere remisión a unidad mental se garantizo oportunamente (el mismo día)		x

Anexo 7 Instrumento TAB

Número de Identificación	Nombre	Sexo	Edad	Semanas Cotizadas	IPS Afiliado	Oficina IPS	Regional de la Oficina del Afiliado	Número de evento (NAP)	Estado del Evento	Fecha Consulta
CC 1053849673	ALEJANDRO LOPEZ CASTRO	MASCULINO	24	98	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2498169	FINALIZADO	29/01/2020 20:0
CC 1088263445	CESAR ANDRES MORALES BELTRAN	MASCULINO	30	359	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2401139	FINALIZADO	26/02/2019 9:4
CC 1094944416	CRISTHIAN CAMILO GOMEZ SANTAMARIA	MASCULINO	24	33	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2399996	FINALIZADO	22/02/2019 12:4
CC 1087996275	DIANA MARCELA SALAZAR GOMEZ	FEMENINO	31	158	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2499896	FINALIZADO	4/02/2020 16:0
CC 1143854504	DIEGO FERNANDO ARDILA VALENCIA	MASCULINO	24	121	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2362589	FINALIZADO	25/10/2018 15:4
CC 10194616	EDWIN ANTONIO VERA TABORDA	MASCULINO	56	167	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2364948	FINALIZADO	1/11/2018 11:30
CC 1144186185	FELIPE ALFONSO CRUZ OSPINA	MASCULINO	23	420	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2348913	FINALIZADO	17/09/2018 12:0
CC 1193558	JORGE ACEVEDO HURTADO	MASCULINO	85	1204	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2409765	FINALIZADO	25/03/2019 19:3
CC 10267438	JOSE GONZALO ZULUAGA VARGAS	MASCULINO	59	852	IPS SAN SEBASTIAN S.A PEREIRA	PEREIRA	EJE CAFETERO	2504334	FINALIZADO	23/02/2020 19:1
	JOSE JULIAN CALDERON									

Anexo 8 Cohorte Esquizofrenia

1. Guía esquizofrenia				
Patología a evaluar: Esquizofrenia paranoide	Nombre del profesional: Mauricio Alberto Ocampo Montoya	Cargo: Medico General		
<u>PAUTAS A EVALUAR</u>			<u>SI</u>	<u>NO</u>
Pertinencia y seguridad	El profesional reconoce las recomendaciones para hacer el	1. Fases Precoces de la Psicosis: Psicosis Incipiente. Fase de Estado Mental de Alto		x
	El profesional sabe ¿Cuáles son los aspectos generales que se	La medicación antipsicótica debería ser prescrita siempre que sea posible de una manera no	x	
	El profesional reconoce los parametros para una valoración	▪ Resonancia magnética ▪ Valoración neurocognitiva ▪ Examen neurológico de trastornos neurológicos y		x
	El profesional reconoce ¿Cuándo se debe indicar la Terapia	La TEC podría estar indicada en pacientes refractarios o con intolerancia a la medicación, en	x	
	El profesional sabe ¿Cuáles son las opciones terapéuticas	Fase de Estado Mental de Alto Riesgo: • Se recomendando evaluar un desarrollo lento y gradual	x	
Oportunidad y continuidad	Se garantizo valoración por primera vez con psiquiatría o	La IPS asigna control con psiquiatría una vez el paciente egresa de la consulta con médico general o	x	
	Remisión	Si el paciente requiere remisión a unidad mental se garantizo oportunamente (el mismo día)		x

Anexo 9 Instrumento Esquizofrenia