



PROGRAMA DE ATENCIÓN A
POBLACIÓN INMIGRANTE EN
SALUD MENTAL

(PAPI-SM)





Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM)



Autoría:

Grupo de trabajo “Inmigración y Salud Mental”

Coordinador:

Sayed-Ahmad Beiruti, Nabil

Psiquiatra. Unidad Salud Mental Comunitaria Roquetas. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Fernández Regidor, Gonzalo

Sociólogo. Programa Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

García de Sola Márquez, Adolfo

Psicólogo Clínico. Comunidad Terapéutica de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Valme. Sevilla.

García López, David

Enfermero. Unidad Salud Mental Comunitaria Roquetas. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Gutiérrez Moreno, Susana

Psiquiatra. Hospital de Día de Salud Mental. Hospital Poniente. El Ejido. Almería.

Jiménez Casado, Carmen

Psiquiatra. Programa de Salud Mental de Enlace e Interconsultas. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Parra Parra, Ana

Trabajadora Social. Unidad Salud Mental Comunitaria Roquetas. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Río Benito, María Jesús

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Camas, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Macarena. Sevilla.

Cubierta:

Juan José Pérez Rivas

Asesora Técnica Editorial:

Antonia Garrido Gómez

© 2012 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

EDITA: Servicio Andaluz de Salud.

Avda. de la Constitución, 18

41071 Sevilla.

Tel. 955 01 80 00 Fax. 955 01 80 50.

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Depósito legal: SE 487 - 2012



Índice

Introducción	7
Definición	9
Justificación	11
Fundamentos teóricos	13
Limites	15
Objetivos	17
Metodología	19
Valoración de la persona y de su entorno	21
Elaboración de planes de intervención	23
Protocolo de actuación ante duelo migratorio	27
Protocolo para pacientes de primer episodio psicótico y Trastorno Mental Grave (TMG)	31
Protocolo de actuación sobre la red social	35
Protocolo de patología dual	39
Plan de implementación y desarrollo del PAPI-SM	41
Guía de recursos sociales	43
Bibliografía	45
Anexos:	47
1. Historia clínica	51
2. Duelo migratorio	53
3. Atención a las urgencias psiquiátricas en pacientes con riesgo social	55
4. Protocolo de captación de pacientes vulnerables	57
5. Protocolo de Interconsulta Salud Mental-Centro de Atención Ambulatoria a Drogodependencias	59
6. Hoja de recogida de datos para el programa de atención a población inmigrante de salud mental (PAPI-SM)	61





Introducción

Con el fin de dar respuesta tanto a la demanda de la población inmigrante, con su diversidad étnica, cultural y situacional, como a las necesidades de los y las diferentes profesionales de disponer de una herramienta de ayuda, surge la idea de elaborar el presente programa.

El objetivo de este programa es dotar a los y las profesionales de una herramienta que les ayude, oriente y proporcione las claves y medios oportunos para mejorar su respuesta a la diversidad de la demanda; y disminuya el estrés y la ansiedad que se pueden generar en las situaciones de incertidumbre y dudas.

Este programa sería llevado a cabo por Unidad de Salud Mental Comunitaria por su ubicación en el organigrama de la atención sanitaria, y por ser el dispositivo idóneo para la realización de un trabajo con las redes sociales, interniveles y el contexto ambiental de la población inmigrante.

En la elaboración de este programa, sobre todo los protocolos, se han tenido en cuenta las aportaciones de Atención Primaria, Salud Mental del Hospital Poniente de Almería, Servicios Sociales Comunitarios, Centro Comarcal de Atención a la Drogadicción de Roquetas de Mar, las Asociaciones de Inmigrantes y ONGs.





Definición

El Programa de atención a población inmigrante en salud mental es un programa de atención sociosanitaria integral, intersectorial y transversal dirigido a la población inmigrante en general, y dentro de dicha población a quienes sufren un duelo migratorio de intensidad moderada-extrema, o padecen algún tipo de trastorno mental en particular, especialmente aquellos calificados de graves y con riesgo de exclusión social.

Se trata de un programa “puente”, que no sustituye a otros programas ya existentes, que cumple la función de conexión con los mismos y facilita la adaptación de las diversas intervenciones sociosanitarias, tanto a las expectativas de la demanda como a la diversidad cultural y situacional. Así también, adopta el enfoque del trabajo en red para ofrecer una atención en igualdad y equidad, respetando las peculiaridades socioculturales y de cuidados de la población inmigrante. Por último, señalar que no se trata de un programa rígido y cerrado que coarte la acción de los y las profesionales.

La atención a los pacientes inmigrantes debe ser transversal y similar a la que se administra a los autóctonos, aunque con matices y algunas peculiaridades; además de la perspectiva de género, de edad, y sociolaboral, debe tener en cuenta la interculturalidad¹ y el riesgo de la marginación y la exclusión social. Asimismo el enfoque debe ser individualizado, personalizado y adaptado culturalmente y contextualizado, para así dar una atención sociosanitaria basada en la igualdad y la equidad.

¹ El enfoque intercultural implica, entre otros aspectos, la interacción entre dos culturas, entre dos sistemas de valores, de cuidados, de diagnóstico, etc., sin caer en la tentación por parte de los profesionales, de que ellos actúan sin prejuicios culturales y como si no tuvieran sus referencias culturales personales y profesionales; en definitiva cambiar de un modelo monológico a otro dialógico.





Justificación

La inmigración no es un factor patógeno en sí misma, pero si puede ser considerada como factor de riesgo para la salud mental, sobre todo en situaciones adversas tanto sociales como económicas e individuales. La población inmigrante no es homogénea, sino heterogénea, es decir, hay una diversidad cultural que se acompaña de diversas situaciones económicas, sociales y administrativas, así como las diferencias provenientes del género y de la edad.

Los pacientes y las pacientes inmigrantes en salud mental forman un colectivo que podríamos llamar “grupo de doble riesgo”, con posibilidades de sufrir estigmatización y exclusión tanto por su condición de inmigrantes como por la de enfermos o enfermas mentales. El hecho de reunir ambas características hace más necesario un abordaje integral y una mayor dedicación adaptada a sus necesidades para mejorar la calidad de la atención.

Además, es uno de los objetivos del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA): la adaptación y contextualización de los programas y las intervenciones en salud mental a la diversidad. Este objetivo insta a revisar la práctica profesional y facilitar la capacitación necesaria para poder alcanzarlo.

El desarrollo de este programa podría servir para:

1. Dar una respuesta rápida y adaptada al contexto de los y las pacientes inmigrantes que lo necesitan por encontrarse en riesgo de exclusión social.
2. La investigación y estudios epidemiológicos.
3. La docencia y el entrenamiento del colectivo de profesionales de salud mental en la atención a la diversidad.



Fundamentos teóricos

Este Programa se basa en los conceptos de la Interculturalidad, el Estrés, la Vulnerabilidad y el Duelo Migratorio, como base de valoración y de toma de decisión sobre las actuaciones.

Así también, es fundamental considerar la importancia de las capacidades resilientes de las personas inmigrantes, como complemento a la visión de vulnerabilidad, entendiendo como resiliencia *la capacidad de mantener un proceso de crecimiento y desarrollo suficientemente sano y normal a pesar de las condiciones de vida adversas*.

Es necesario, asimismo, tener en cuenta el fomento del empoderamiento y el respeto a la autonomía de las personas y de su entorno a la hora de la toma de decisiones sobre las intervenciones, y también para el diseño de las actividades de prevención y promoción de la salud mental de la población inmigrante. Entendemos el empoderamiento *como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud y al conjunto de su vida*.

La importancia de tener en cuenta el Duelo Migratorio y su evaluación se basa en que podría servir de base para actuaciones de promoción y prevención de la salud con el colectivo inmigrante. La identificación del grado de complicación o no del mismo ayudaría a valorar mejor la situación particular del sujeto y el grado de sufrimiento; así también orientaría a los/las profesionales sobre la posible patología existente o los riesgos de padecer alguna patología mental y, por consiguiente, en la toma de las decisiones pertinentes.

La rapidez en la respuesta actuaría como factor protector y de mejora en las intervenciones y del pronóstico en los casos diagnosticados de trastorno mental grave, a los de primer episodio psicótico, y aquellos en los que se detecta riesgo de exclusión social por la carencia de red de apoyo sociofamiliar y su situación sociolaboral deficitaria.

Los individuos están inmersos, siempre, en varias redes familiares, sociales, institucionales y culturales, que les prestan apoyo y contención. En la situación de inmigración este vínculo se rompe, y el sujeto intenta sustituirlo con otras redes, que podrían existir en la sociedad de inmigración, aunque sean precarias. Por este motivo es ineludible el trabajo con las redes sociales y de apoyo a la población inmigrante, tanto para recabar su colaboración como para darles apoyo y soporte, ya que existe el riesgo de que estas redes, habitualmente con escasos recursos, se agoten, y que con ello las personas se queden sin un recurso tan necesario para su adaptación, su cuidado y la buena evolución del proceso migratorio.

Estas redes informales son a veces el único apoyo con el que cuenta la persona inmigrante y los únicos interlocutores (sobre todo cuando no hay cobertura familiar) que pueden prestar apoyo en el proceso de atención.



Es muy evidente que los factores socio-familiares influyen en nuestro nivel general de salud. En el caso de inmigrantes que pueden padecer un trastorno mental grave o un duelo migratorio moderado-extremo, contar con un soporte y apoyo sociofamiliar adecuado puede marcar la diferencia que ayude a un pronóstico favorable y un abordaje adecuado.

En la mayoría de las ocasiones, las personas que sufren trastornos mentales graves, suelen tener dificultades para pedir ayuda sociosanitaria. Si no existe un familiar, un conocido, una asociación... "alguien" que se preocupe y se ocupe de procurarles el apoyo necesario, puede que no reciban esta atención con la celeridad y prevención necesarias.

Por esto es importante tener en cuenta la labor de "cuidador cultural" que prestan estas redes, y crear los puentes de comunicación entre las mismas y la red de atención de salud mental, para asegurar de este modo la continuidad de cuidados desde una perspectiva intercultural.

El cuidado interculturalmente competente es un sistema que adapta las intervenciones a la diversidad cultural, porque reconoce la importancia de los cuidados culturales y tradicionales, los incorpora al plan de cuidados y favorece la complementariedad de los dos modos de cuidados, el tradicional y el profesional, manteniendo el diálogo fluido y necesario entre ambos sistemas de cuidados.



Límites

A. De entrada:

La entrada al Programa (PAPI-SM) se inicia con la solicitud de intervención de:

1. Atención Primaria u otros servicios sanitarios, solicitada por el propio paciente o allegados.
2. Los servicios de Hospitalización de Salud Mental del Hospital General.
3. Asociaciones, ONG y demás entidades para asesoramiento y apoyo en aquellos casos en que existan indicios de psicopatología grave y un mayor riesgo de exclusión social (gestión de casos) y no se cuente con suficiente apoyo familiar.
4. Centros de Atención Ambulatoria a Drogodependencia, en los casos con Patología Dual.
5. Las distintas organizaciones integrantes de la red social de apoyo a la población inmigrante, para actividades de promoción y prevención de Salud Mental o de difusión del PAPI-SM.

La tipología de trastornos mentales que pueden presentar las personas atendidas incluye:

- Duelo migratorio complicado o extremo.
- Trastorno Mental Grave (según el Proceso Asistencial de TMG)
- Sintomatología psicótica en los 5 primeros años de evolución.
- Patología Dual.

B. Finales:

En cuanto a los límites finales señalar que las actividades de promoción y prevención, así como las de difusión del Programa no cesarán durante todo el desarrollo del mismo y se adaptarán a las necesidades de la población inmigrante y la red sociosanitaria.

En cuanto a las actividades asistenciales los límites de salida vienen marcados por:

- Cuando no se confirme tras la evaluación ninguna de las tipologías anteriormente señaladas.
- Curación o mejoría suficiente, desde el punto de vista sintomático y funcional.

C. Marginales:

- Población menor de 16 años, que requiere enfoque específico.
- Trastornos mentales orgánicos.
- La presencia de patología tipo ansioso, fóbico, depresivo, etc., que requiera atención más específica, dentro del Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (ADS). Aún en el caso de que se detecte la



coexistencia de duelo migratorio el cuál no se debe ignorar y abordar ambos aspectos.



Objetivos

1. Introducir la perspectiva intercultural en la atención a la Salud Mental, adaptándola a la diversidad y a las condiciones de vida de las personas inmigrantes, para así proporcionar una asistencia igualitaria y equitativa.
2. Facilitar la accesibilidad de pacientes inmigrantes a la red de Salud Mental.
3. Proporcionar una atención integral, intersectorial, transversal, coordinada y participativa.
4. Realizar un diagnóstico precoz, culturalmente sensible y dar respuesta ágil y coordinada.
5. Redistribuir y optimizar los recursos existentes, con la perspectiva de trabajo en equipo interdisciplinar.
6. Participar en actividades psicosociales y comunitarias.
7. Apoyar y colaborar con otras instituciones, asociaciones y ONGs, que prestan también atención a población inmigrante.
8. Proponer y colaborar en la creación de otros recursos/programas que se juzguen necesarios.
9. Elaboración de una guía de recursos sociosanitarios dirigidos a la población inmigrante, que debe estar actualizada.
10. Elaborar un sistema de registro que sirva para la evaluación de los resultados (ver anexo 6).
11. Ser una herramienta para el entrenamiento profesional, la docencia y la investigación.
12. Participación en las actividades de formación, de otras instituciones, en la atención a las personas inmigrantes desde la perspectiva intercultural, comunitaria, etc.



Metodología

- Trabajo en Equipo Interdisciplinar, se debe evitar la creación de una red paralela.
- Trabajo en Red: Trabajar en red y con las redes sociales es fundamental para poder articular la relación entre la diversidad cultural y la de los recursos, y además para poder modular la pluralidad y complejidad de las demandas y las respuestas
- Elaboración de planes de intervención contextualizados, adaptados culturalmente a las necesidades de la demanda.
- La creación de espacios para la coordinación, tanto interna como externa.
- Adaptación del horario en las agendas adecuándolo a las necesidades de los pacientes y/o entorno, teniendo en cuenta su particular situación social y laboral, así como de la de los mediadores interculturales o otros agentes.
- El uso de los recursos de mediación, traducción y de intérpretes, siempre que sea necesario y posible.
- Flexibilidad en el tiempo que los profesionales necesitan para atender a los pacientes inmigrantes, debido a las dificultades de comunicación.
- Reuniones de coordinación regladas.
- Reuniones de los sectores y niveles implicados en cada caso.
- Realizar las diversas intervenciones en “acto único”, cuando sea posible, evitando de este modo el peregrinaje del usuario en el laberinto de las diferentes instituciones y dispositivos, y también la pérdida de tiempo.
- Promover la participación activa, en los planes de actuación, de las personas inmigrantes y de su entorno. Acción participativa.
- Planificación de las actuaciones y evaluación de los resultados.
- Encuesta de satisfacción.



Valoración de la persona y de su entorno

El momento del primer encuentro entre paciente y profesional, es crucial para el futuro de la relación terapéutica y la calidad de la historia clínica. En este momento todas las opciones están abiertas, y de la manera de conjugar las actitudes de profesionales y sus respuestas a las demandas y expectativas de pacientes, dependerá la calidad de la historia clínica, la construcción del proceso terapéutico y la modulación mutua entre demandas y respuestas, entre expectativas y actitudes.

El objetivo es la elaboración de una “Historia Clínica” de calidad, donde quede recogida la valoración interdisciplinaria clínica, de cuidados, de autonomía y de la situación social, actual y del pasado, así como también las expectativas de futuro de las personas inmigrantes. (ver Anexo 1).

Es de gran importancia la evaluación de la existencia o no de una red sociofamiliar con sus fortalezas y debilidades; y de la situación social, laboral y económica individualizada, mejorando así la calidad de los planes de intervención.

Dicha valoración se hará mediante:

- Entrevista clínica: que tiene un objetivo claro y predeterminado, que es el estudio psico(pato)lógico, cuya finalidad es la solución de un problema que tiene el paciente.
- Entrevista enfermera: donde se recogen datos sobre los cuidados tradicionales, el nivel de autonomía, la capacidad de afrontamiento, y permite la elaboración de planes de cuidados culturalmente adaptados desde la perspectiva de la interculturalidad.
- Entrevista social: deberá aportar datos del contexto general de inmigración y estudio individualizado sobre situación familiar, laboral, de formación, administrativa, de la vivienda, económica, etc.
- Visitas a domicilio: ya que se trata de una herramienta de atención a la salud mental de enorme valor, por la información que facilita sobre el contexto.
- Entrevista familiar: que se debe adaptar al contexto social y hábitos culturales de los inmigrantes. Así como entrevistas con miembros de la red social si fuera necesario.
- Analizar con metodología etnográfica la percepción de los/las pacientes inmigrantes sobre sus malestares, a partir de la noción del Modelo Explicativo (Explanatory Model) acuñado por A. Kleinman. (ver Anexo 1).
- El uso de tests y escalas de valoración: en general se aconseja un uso selectivo y prudente por los posibles sesgos culturales. No obstante, en caso de que sea necesario, se podrían utilizar los que se encuentran disponibles en DIRAYA, como por ejemplo el “Apgar Familiar”, “Apoyo Social Funcional de DUKE-UNC”, “Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (o de riesgo social)”, “Escala de Evaluación de Reajuste Social (modificada de Holmes y Rahe)”, etc. Así también, para la valoración del duelo migratorio, se podría aplicar “La escala de evaluación del estrés y el duelo migratorio” de J. Achotegui.



Al terminar la valoración y la evaluación tanto de la persona como de su entorno, se procederá a la toma de decisión según el siguiente procedimiento: La combinación de los diferentes ítems de los 4 grupos de evaluación, que a continuación se detallan, de cuyo resultado dependerá la toma de decisión y el plan de intervención pertinente.

- A. Según valoración del “*Duelo Migratorio*”:
 - a. *Simple*
 - b. *Complicado*
 - c. *Extremo*
- B. Según valoración de la “*Red Sociofamiliar*”, Interacción y adaptación Social:
 - a. *Buena*
 - b. *Deficitaria*
 - c. *Inexistente*
- C. Según *Diagnóstico Enfermero* “de estado de cuidados y de autonomía de la persona”:
 - a. Bueno
 - b. Deficitario,
 - c. Malo.
- D. Según “*Diagnóstico Clínico*”:
 - a. *Ausencia de trastorno mental o que éste sea leve*
 - b. *Trastorno mental considerado de intensidad*
 - c. Primer episodio psicótico y trastorno mental grave



Elaboración de planes de intervención

Una vez finalizada la evaluación global de la persona y de su entorno, y según resulte la misma se tomarán las decisiones adecuadas, y se elaborarán los diferentes planes de intervención que se crea pertinentes, y el grado de implicación de los diferentes profesionales, niveles y componentes de la Red, procurando la participación activa de las personas y de su entorno.

Tanto en la evaluación como en la elaboración de los planes de intervención deben estar presentes la perspectiva de género, de edad, de interculturalidad y la sociolaboral.

Asimismo se aplicarán, de forma adaptada a la diversidad, los distintos procesos asistenciales existentes, sobre todo el de Trastorno Mental Grave y el de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.

Estos planes deberían incluir, según caso y necesidad:

- Orientación y asesoramiento.
- Apoyo psicoterapéutico.
- Tratamiento con psicofármacos.
- Cuidados de enfermería.
- Intervención social.
- Intervenciones de educación para la salud, de apoyo familiar y/o a la red de apoyo social, etc.
- La colaboración en los programas de promoción y prevención, existentes.
- Otros como talleres, grupos, etc., según las necesidades de cada situación y caso.

Las intervenciones que conforman este programa, se estructuran en cuatro protocolos de trabajo:

1. Duelo migratorio
2. Primer episodio psicótico y TMG.
3. Intervención social y trabajo en red, cuyo propósito es participar en actividades de promoción, prevención y atención.
4. Patología dual.

Niveles implicados

- Salud Mental: el conjunto de los dispositivos de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, especialmente:
 - o Unidad de Salud Mental Comunitaria.
 - o Unidad de Hospitalización.
 - o Hospital de Día.
- Atención Primaria. Se valorará conjuntamente la forma de participación.
- Centros de Atención a la Drogodependencia existentes en cada zona, en los casos que lo requieran.



- Servicios Sociales Comunitarios.
- Centros de acogida a Menores Extranjeros No Acompañados (MENAS), a demanda de los mismos.
- Espacio sociosanitario, cuando sea necesario.
- Asociaciones de inmigrantes, ONGs, y otros colectivos que trabajan con población inmigrante.
- Mediadores interculturales, intérpretes y traducción simultánea (teletraducción, en presencia, etc.).
- Otros: educación, policía, justicia, etc.



Protocolo de actuación ante duelo migratorio

Es fundamental tener en cuenta el duelo migratorio y sus avatares; no ignorarlo, ya que su diagnóstico precoz, incluso en su manifestación mínima, nos permitirá actuar de forma diligente, efectiva y eficaz, identificando los factores de riesgo que podrían complicarlo y también aquellos otros factores que permiten una buena elaboración; esto ayudaría a la toma de decisiones que potencien la promoción de la salud de las personas inmigrantes y a prevenir las complicaciones en su salud mental.

¿Cuándo se debe intervenir?

- En el caso de que la persona inmigrante pida ayuda expresamente para su proceso.
- Cuando el/la profesional valore que la ayuda es necesaria.
- Si se detectan varios predictores (factores) de riesgo asociados.
- Al detectar signos de duelo migratorio complicado/extremo.

Estructura y desarrollo del protocolo

El objetivo del protocolo es la valoración del duelo migratorio, sus circunstancias personales y sociofamiliares, la elaboración del mismo y el tipo de ayuda que precisa. Para esto es conveniente considerar los factores de estrés, vulnerabilidad, resiliencia y empoderamiento, en el sentido de conocer si *el/la inmigrante y su entorno (allegados y red social, etc.) son capaces de afrontar y elaborar ese duelo de una forma positiva, lo que le ayudara a salir adelante. En caso de que la respuesta sea:*

- Sí, se trata de duelo simple. La intervención se reduciría a un acto único de orientación.
- No, se trata de duelo complicado o extremo. En este caso habría que valorar tipo y lugar de intervenciones.

Según la valoración del “Duelo Migratorio”

La valoración debe realizarse preferentemente en Atención Primaria.

A.- Duelo Simple

1. Persona adulta que emigra en buenas condiciones.
2. Existe buena capacidad resolutive y de afrontamiento.
3. No hay vulnerabilidad.
4. Escasa presencia de estresores, con baja intensidad y poca duración.
5. Buen soporte sociofamiliar.

No es patológico, sólo precisa una actitud de empatía, “normalización” y contención emocional, acompañamiento y orientación: no se asume el caso, acto único y/o la inclusión en grupos de ayuda/relación disponibles en la red social si fuera necesario.



B.- Duelo Complicado

1. Persona adulta que emigra en condiciones difíciles: deja atrás cónyuge, hijos o padres enfermos.
2. Red social precaria, dificultades en trabajo y vivienda, etc.
3. Conexión emocional con situaciones similares en su pasado superadas de forma aceptable.
4. Pensamientos intrusos y recurrentes sobre las circunstancias migratorias.
5. Añoranza con pena.
6. Sentimientos de soledad.
7. Niños, adolescentes y ancianos.
8. Existen múltiples estresores y de larga duración.

Se asume el caso y/o se orienta hacia el dispositivo idóneo, como por ejemplo la derivación a grupos de autoayuda/relación disponibles en la red social.

C.- Duelo Extremo

1. Personas adultas que emigran en condiciones de extrema dificultad: dejan atrás cónyuge, hijos o padres enfermos, y no pueden traerlos ni regresar, se encuentran “sin papeles”, sin trabajo, vivienda en malas condiciones.
2. Ausencia de red social, aislamiento, excesiva movilidad, etc.
3. Coexisten estresores múltiples, intensos y crónicos.
4. Fatiga cognitiva y emocional:
 - a. Sentimientos de inutilidad y falta de expectativas.
 - b. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
 - c. Sentimientos de vacío y de sinsentido de la vida.
 - d. Excesiva irritabilidad, enfado y/o amargura en relación al proceso migratorio.
5. Dificultad de aceptar el hecho migratorio.
6. Vivencias de cambios en el modo de ver y entender el mundo.
7. Niños, adolescentes y ancianos.
8. Vulnerabilidades anteriores por problemas y situaciones similares de frustración y pérdidas no superadas con éxito, y/o la coexistencia de enfermedades físicas o mentales.

Se asume el caso y/o se derivará para valoración por salud mental. Se considerará la oportunidad de la colaboración de otros dispositivos y niveles. En el caso de la coexistencia de psicopatología, se debe valorar la intensidad y complejidad de la misma, así también si requiere atención en programas específicos.



intervenciones

A.- Intervención focal y breve

1. Las entrevistas se focalizan en el hecho migratorio, en la situación sociofamiliar, económica y administrativa que atraviesa la persona. Así también en las interpretaciones, las vivencias, los sentimientos y emociones generados por el mismo.
2. Las intervenciones terapéuticas se centran:
 - a. En la mejora del grado de aceptación de las vivencias respecto a la nueva situación, la búsqueda activa de soluciones más adaptativas.
 - b. En facilitar la expresión progresiva de preocupaciones, de dudas, de críticas, de las pérdidas, etc.
 - c. En la reorientación de la calidad de la comunicación, de la expresión de las emociones y de las relaciones hacia nuevos horizontes más positivos.
 - d. En la recuperación de la capacidad de respuesta y afrontamiento.
3. Es conveniente realizar una valoración de la calidad de la relación terapéutica lograda y de la transferencia y contratransferencia culturales.

B.- Contención emocional para

1. Posibilitar el trabajo interdisciplinar y en red;
2. Proporcionar ayuda en la elaboración del duelo migratorio y los conflictos internos y con el entorno, derivados del proceso de adaptación;
3. Aportar las herramientas necesarias para evitar la cronificación y por consiguiente la enfermedad mental.

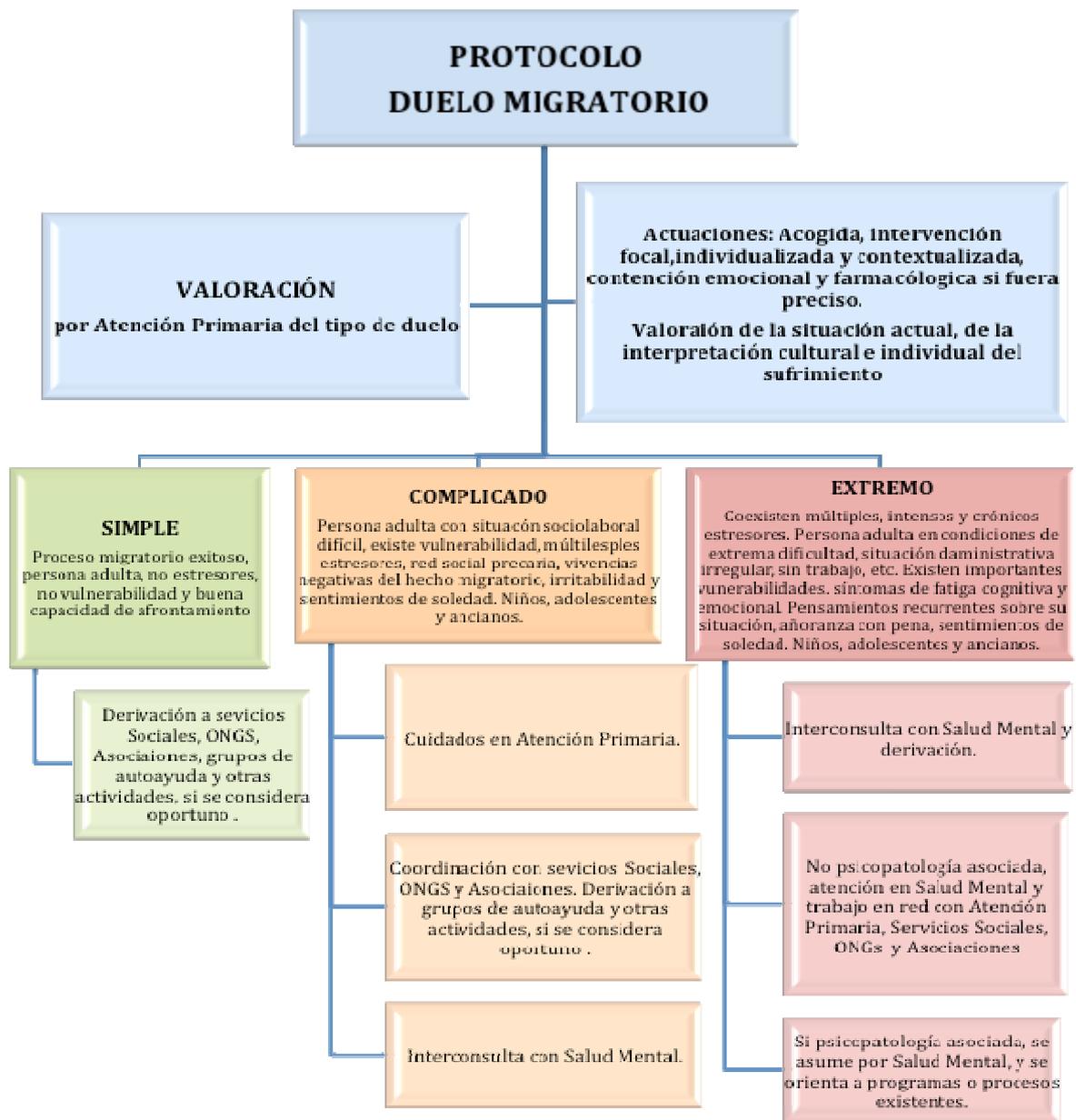
Se recurrirá, para ello, a las capacidades adaptativas, de apego y de afrontamiento del sujeto; a la red sociofamiliar y su función de solidaridad y a las diversas redes e instituciones profesionales.

C.- Contención psicofarmacológica

En caso que sea necesario ante la presencia de importantes síntomas reactivos ansiosos, depresivos, disociativos, etc., en particular en los duelos complicados y/o extremos.

D.- Intervención en crisis

Como acto único para la posterior orientación y sugerencias pertinentes.





Protocolo para pacientes de Primer Episodio Psicótico y Trastorno Mental Grave (TMG)

La presencia de síntomas psicóticos o prepsicóticos es siempre generadora de gran angustia tanto para el/la paciente como para la familia y el entorno. La atención precoz y asertiva es fundamental tanto para el tratamiento adecuado como para una evolución favorable. No vamos a entrar en la evidencia de la necesidad de actuaciones tanto para atención temprana en psicosis como para los trastornos mentales graves, por considerar que no sólo está probada sino que desde las autoridades sanitarias se promueven y desarrollan programas específicos.

El objetivo de este protocolo es asegurar que las personas inmigrantes que padezcan o pueda padecer un cuadro psicótico cuenten con la información y apoyo suficientes para acceder a los recursos disponibles. Por otro lado es muy importante que los/las profesionales introduzcan el enfoque intercultural en las intervenciones que llevan a cabo con este colectivo.

La necesidad de establecer un protocolo específico para el colectivo inmigrante viene marcada por las siguientes características:

- Mayor dificultad de accesibilidad y conocimiento de los recursos sanitarios.
- Barrera idiomática que puede incidir negativamente en la evaluación de los casos.
- Personas que carecen de red familiar o social que les apoye en la búsqueda de ayuda.
- Niveles socio-económicos precarios (falta de dinero para pagar el tratamiento, hacinamiento, malas condiciones de vivienda...).
- Vivencias y creencias de sus países de origen en torno a la enfermedad mental, su tratamiento y cuidado.
- Riesgo de sufrir doble estigmatización, tanto por inmigrante como por enfermo mental.
- Mayor riesgo de exclusión social.

Parece aceptado el hecho de que se produce un mayor abandono y mal cumplimiento del plan terapéutico en la población inmigrante que presenta cuadros psicóticos. Esto puede deberse a múltiples factores como los que acabamos de apuntar. Con este programa se pretende reducir estas dificultades y conseguir que la población inmigrante acceda a la atención en salud mental en equidad con la población autóctona.

Para conseguir este propósito es indispensable establecer y mejorar los cauces de coordinación y tareas conjuntas interniveles, sobre todo desde las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).



Objetivos

- Asegurar la detección, identificación y diagnóstico precoces de las personas inmigrantes con trastorno mental grave o en riesgo de evolucionar hacia el mismo.
- Reducir el riesgo de abandono y mal cumplimiento del plan terapéutico.
- Realizar una evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y su entorno de forma interdisciplinar.
- Establecer actuaciones conjuntas y de coordinación interniveles (USMC-UHSM, Atención Primaria, Servicios Sociales Comunitarios....)
- Ofrecer información culturalmente adaptada a paciente y familiares.

Estructura y desarrollo del protocolo

Pacientes con primer episodio psicótico y abordaje precoz

Para este programa se entienden los síntomas psicóticos en su sentido amplio, tengan o no confirmado el diagnóstico definido. Se incluyen en este apartado personas de entre 16 y 35 años y que lleven menos de 5 años de evolución de la enfermedad.

Se llevarán a cabo diferentes actuaciones según el acceso a la red de Salud Mental sea:

1. A través de la atención urgente (hospital o Atención Primaria) pero se decide no derivar ni ingresar en UHSM:
 - a. Asegurar la recogida de datos, domicilio, teléfonos de familiares/amigos..
 - b. Contactar con USMC antes de 24 horas y remitir consulta de urgencias.
 - c. La USMC reflejará la consulta de urgencias en Diraya.
 - d. En la USMC tendrán la consideración de urgencia y se atenderán el mismo día que se persone el/la paciente. Preferentemente se realizará también entrevista de acogida por enfermería o trabajo social.
 - e. Con independencia del tratamiento ambulatorio, en el plazo de un mes se realizará una Visita A Domicilio (VAD). Asimismo se realizará entrevista familiar o contacto con la red de apoyo.
2. Si se produce ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental:
 - a. Comunicar a la USMC.
 - b. Recabar colaboración de la USMC para contactar con familiares o allegados.
 - c. Valorar la oportunidad de realizar una entrevista conjunta con personal de la USMC en la UHSM.
 - d. La USMC realizará una VAD previa al alta hospitalaria para evaluar necesidades y mantener entrevista con familiares o allegados.
3. A través de la USMC o ya se encuentra atendido o atendida en este recurso:
 - a. Se asignará a cada paciente dos profesionales referentes, un/una facultativo/a y enfermero/a o trabajador/a social.



- b. Se realizará una evaluación completa clínica, de cuidados y social, tanto del o de la paciente como de su entorno, prestando especial atención a las dificultades y a las posibilidades que puedan repercutir en el tratamiento y puedan requerir intervenciones.
- c. Se coordinarán actuaciones con otros recursos socio-sanitarios de los que el/la paciente o su entorno puedan beneficiarse.
- d. Se realizará una VAD y entrevista familiar/allegados al menos trimestralmente.
- e. Según evolución se valorará la inclusión en el Proceso de Trastorno Mental Grave.

Pacientes con trastorno mental grave

En este apartado del programa se seguirá lo marcado por el Proceso para el Trastorno Mental Grave, con las siguientes indicaciones.

1. Se realizará la evaluación para la inclusión o no en el proceso a todos aquellos o aquellas inmigrantes que cumplan el criterio diagnóstico. Con la particularidad de prestar atención al apartado donde se establecen los límites de entrada, en especial, de la necesidad de un abordaje complejo.
2. En el PAPI-SM se entenderá que todos los participantes en este programa/protocolo presentan la necesidad de un abordaje complejo, ya que siempre van a requerir intervenciones sobre su medio social y apoyo a la familia; al igual que requieren atención intersectorial: laboral, social, educativa y judicial. Por lo que se entiende que todos y todas las pacientes incluidos en el programa cumplen este criterio de entrada.
3. Como criterio de calidad se realizarán al menos dos VAD anuales a cada paciente inmigrante con TMG incluido en este programa.
4. Se realizarán los Planes Individuales de Tratamiento (PIT) que deberán estar adaptados culturalmente.
5. Se prestará apoyo y asesoramiento continuos a la familia y allegados desde una perspectiva intercultural, sobre todo aquéllas que por barrera idiomática no puedan acceder a grupos psicoeducativos.
6. Se recabará información acerca de vivencias y creencias del/de la paciente y allegados en torno a la enfermedad mental y su tratamiento en el país de origen, introduciendo aquellas que podrían ser complementarias y no perjudiciales y que puedan asegurar un mejor cumplimiento del plan terapéutico.

Pacientes con riesgo social

Es de especial importancia prestar atención a las personas en riesgo de exclusión social, debido a sus circunstancias sociales (sin hogar, sin o precaria red social y familiar, “sin papeles”, etc.) y de enfermedad mental. En estos casos sería recomendable aplicar los protocolos y/o acuerdos existentes en el área de actuación donde se aplica el PAPI-SM, o en su defecto buscar alternativas y lograr acuerdos (ver anexo 3).



Por último, es necesario contar con traductores, intérpretes y mediadores o mediadoras culturales para resolver la posible barrera idiomática, y también para recoger la información general sobre costumbres y creencias de su país de origen. Igualmente se hace imprescindible el contacto con asociaciones de inmigrantes y ONGs, sobre todo en pacientes que carezcan de apoyo familiar y/o social.



Protocolo de actuación sobre la red social

Este protocolo tiene como objetivo general la coordinación y trabajo en red con el conjunto de los recursos sociales, entendiendo por tales y en sentido amplio a todo sistema de ayuda y apoyo que se presta por una comunidad o la sociedad para superar las dificultades. Estos sistemas de ayuda incluyen a todas las instituciones, públicas y privadas, informales (redes sociales) y profesionalizadas, que puedan intervenir en una mejor atención a la población inmigrante con necesidades de atención a su salud mental.

Desde muchos sectores públicos se desarrollan programas de atención a población inmigrante, como ayuntamientos, atención primaria, etc. y es necesario establecer canales de comunicación y colaboración.

Resulta evidente que para un mejor pronóstico en los cuadros con patología mental es determinante una detección temprana. Asimismo, en el caso del duelo migratorio, su detección precoz es crucial para prevenir complicaciones y que acabe derivando en patología mental. Por ello todos los agentes sociales públicos y privados, implicados en la atención general a la población inmigrante, deben conocer los recursos de salud mental y los canales de acceso para poder informar y asesorar en caso necesario.

Cuando una persona inmigrante necesita ayuda y desconoce la forma de obtenerla en su nuevo país va a buscar apoyo, en primer lugar, en su grupo de iguales, donde comparten valores, costumbres, idioma, etc. El papel que desempeñan las asociaciones de inmigrantes es esencial y son por ello el primer pilar para desarrollar actividades de promoción y prevención en salud mental con la población inmigrante. Los dispositivos de salud mental ofrecerán el apoyo y la información necesaria para que puedan ser agentes colaboradores en la detección, acompañamiento, cuidado y soporte social de quienes puedan sufrir desde un duelo migratorio simple a un trastorno mental grave.

Esta necesidad se hace más patente en aquellas personas que carecen de familia o de una red social adecuada; en estos casos las asociaciones cumplen un papel de “cuidador cultural” al que hay que prestar el apoyo necesario.

Por otro lado, este protocolo pretende ofrecer a los/las profesionales de los servicios de salud mental un censo de recursos específicos a los que poder dirigirse en busca de apoyo para la atención de al paciente.

Objetivos

1. Establecer canales de coordinación con entidades implicadas en atención a población inmigrante.
2. Utilizar todos los niveles o sistemas de apoyo y contención disponibles.
3. Aumentar las capacidades de apoyo y contención individuales, grupales y sociales.
4. Potenciar el trabajo en red con los distintos sectores.



5. Apoyar y asesorar a las distintas entidades con el objeto de mejorar sus conocimientos, su eficacia y eficiencia en materia de salud mental.
6. Realizar actividades de promoción y prevención en relación al proceso migratorio, duelo migratorio y la enfermedad mental en la población inmigrante.
7. Elaborar censos de recursos específicos.

Estructura y desarrollo del protocolo

Coordinación y colaboración con otras entidades. Difusión del programa

Con las actividades que se plantean a continuación, vamos a abordar de forma conjunta tanto la coordinación y colaboración con otras entidades como la difusión del programa.

Se hace necesario establecer cauces de coordinación con las entidades públicas y/o privadas involucradas en el apoyo y atención a la población inmigrante. Por otro lado constituye un objetivo de este programa el asegurar que dichas instituciones conozcan los canales adecuados de acceso a la red de Salud Mental y puedan servir de canalizadores de las necesidades de la población inmigrante de la zona.

Así mismo, en este apartado hay que incluir las actuaciones de apoyo a las asociaciones de inmigrantes como integrantes de la red social, en muchas ocasiones la única, de los/las pacientes incluidos en este programa.

Con el encuadre señalado se describen las siguientes actuaciones a desarrollar por los profesionales responsables del Programa:

- A. En el sistema sanitario:
 1. Solicitar colaboración al Distrito Sanitario para convocar reuniones con las distintas Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria.
 2. Proponer una persona referente del programa en cada centro de salud.
 3. Informar y solicitar colaboración a los mediadores culturales y Unidades de Atención al Usuario de los Centros Hospitalarios de referencia.
- B. En las entidades municipales:
 1. Fomentar encuentros con los centros de atención a población inmigrante de los distintos municipios de la zona.
 2. Participar en los foros municipales de inmigración existentes.
 3. Proponer referentes del programa en cada centro.
 4. Informar a los Trabajadores/as Sociales de los servicios sociales comunitarios.
- C. Con ONG, asociaciones, y resto de entidades:
 1. Fomentar encuentros en cada municipio
 2. Proponer un referente del programa en cada entidad.
 3. Ofrecer colaboración en actividades de promoción y prevención (charlas, coloquios, etc.) aprovechando, en la medida de lo



posible, actividades regladas, como por ejemplo clases de español, cursos de formación, otras actuaciones sanitarias).

Los distintos servicios podrán contactar con la persona referente del programa en la USMC para solicitar el asesoramiento y apoyo que requieran.

Elaboración de una guía de recursos sociales específicos

Los profesionales de Salud Mental, en la mayoría de las ocasiones, desconocen los recursos sociales y socio-sanitarios existentes en su área de trabajo que pueden apoyar el abordaje a la diversidad cultural. Por ejemplo el uso del servicio de traducción de Salud Responde es muy reducido y poco conocido.

Este programa, como se ha mencionado anteriormente, pretende introducir una perspectiva intercultural en la atención a la salud mental, adaptándola a la diversidad y a las condiciones de vida de las personas inmigrantes para proporcionar una atención en igualdad y equidad.

Es necesario ofrecer a los/las profesionales herramientas que apoyen la consecución de este objetivo. El disponer de una guía de recursos específicos les aportará un mejor conocimiento de la zona en la que trabajan y de las posibilidades de apoyo que pueden encontrar.

Disponer de esta información servirá tanto para la derivación de los usuarios a los recursos, como para la obtención de información útil para el abordaje de los casos a tratar.

Protocolo de patología dual²

La coexistencia de trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUS) con otros diagnósticos psiquiátricos se conoce como **patología dual**. La mayoría de estudios sobre patología dual no diferencian etiológicamente el trastorno psiquiátrico y el consumo de drogas. Sin embargo, el consumo de sustancias se asocia con frecuencia a otros trastornos mentales y viceversa. La presencia de patología dual implica un peor pronóstico en la resolución del problema.

Es importante y necesario que la población inmigrante que padezca patología dual o únicamente trastorno por uso de sustancias, o esté en riesgo de padecerlo, tenga información adecuada y sepa solicitar ayuda a los recursos existentes. También es preciso que los profesionales que atiendan estas patologías tengan en cuenta los aspectos interculturales que conlleva la inmigración.

La **historia clínica** en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones no debe diferir de la historia clínica de Salud Mental y, por tanto, incluirá las características que se contemplan en el **ANEXO 1**, siendo especialmente sensible a los aspectos interculturales de tales pacientes, considerando además las diferentes concepciones culturales del uso de sustancias (cannabis, alcohol).

La **Hoja de recogida de datos** para el programa de atención a pacientes inmigrantes y la **Mini-etnografía de Kleinman**, como técnica para el análisis cultural, se incorporarán sistemáticamente en las actuaciones de atención a pacientes inmigrantes, así como la evaluación diagnóstica del **duelo migratorio**.

Recomendaciones terapéuticas generales

1. Los/las pacientes con patología dual requieren un programa que integre tratamiento de salud mental y de drogodependencias.
2. Evaluar el patrón de consumo y observar al paciente tras un periodo significativo de abstinencia, para clarificar el origen y la evolución de los síntomas, y establecer un diagnóstico psiquiátrico independiente.
3. Incluir un programa de incorporación social.
4. Tratar las complicaciones con riesgo vital.
5. Valorar si el tratamiento debe ser ambulatorio o con ingreso.
6. Fomentar la abstinencia de drogas.
7. Iniciar tratamiento psicofarmacológico precoz si existe enfermedad psiquiátrica mayor.
8. Si se obtiene la remisión clínica y el trastorno psiquiátrico es secundario, suprimir el tratamiento a corto o medio plazo y observar si reaparece la clínica.

² Este protocolo ha sido elaborado con la colaboración del Centro Comarcal de Atención a la Drogadicción de Roquetas de Mar-Almería.



9. El tratamiento del trastorno mental en el contexto del consumo de drogas, ya sea primario, secundario o independiente, deberá realizarse de forma conjunta e integrada.
10. Desarrollar trabajo en red (Asociaciones, ONGs, etc).

Tipología de trastornos y criterios de actuación

Con el objetivo de operativizar la atención clínica que se va a prestar a los pacientes con patología dual, conviene delimitar tipologías de personas con patología dual con similares niveles de complejidad y por tanto con similares necesidades asistenciales y para ello se utiliza el modelo dimensional desarrollado por Richard Ries, M.D., basado en la gravedad y curso del trastorno mental y del trastorno adictivo. Se pretende establecer un modelo dimensional que facilite la inclusión por categorías de los pacientes, basándose en definiciones operativas de:

- “Trastorno Mental de alto nivel de complejidad o Trastorno Mental Grave”: Cualquier Trastorno Mental según criterios DSM-IV-TR o CIE-10 que presente una actividad global funcional evaluada por la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG) < 50 o cualquier diagnóstico incluido en el proceso TMG.
- “Trastorno Adictivo de difícil manejo”: Cualquier Trastorno Adictivo según criterios DSM-IV-TR o CIE-10 que presente una actividad global funcional evaluada por la EEAG < 60.

De este modo, y según el **Protocolo de actuación conjunta entre Unidades de Salud Mental Comunitaria y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias en Andalucía**, se conforman los siguientes perfiles asistenciales en función del nivel de complejidad asistencial:

A. Trastorno adictivo de difícil manejo con trastorno mental leve (adicción grave con leve psicopatología)

Esta categoría incluye a aquellos pacientes con trastornos adictivos de difícil manejo clínico que además presentan trastornos psiquiátricos comórbidos leves o moderados y no persistentes. Las necesidades asistenciales predominantes son las relacionadas con los problemas derivados de los trastornos adictivos.

En este apartado se encuentran los trastornos mentales inducidos y exacerbados por consumo de sustancias e incluye, los trastornos por ansiedad, ataques de pánico, depresión o hipomanía, psicosis o confusión, trastorno por estrés postraumático, tentativa de suicidio, síntomas ligados a la desaparición o prescripción de medicamentos y trastornos de personalidad.

B. Trastorno mental de alto nivel de complejidad o trastorno mental grave (TMG) junto a trastorno adictivo no complicado

Esta categoría incluye a aquellos pacientes con Trastornos Mentales



Graves como esquizofrenia, otros trastornos psicóticos trastorno afectivo mayor con psicosis, y otros trastornos con síntomas mentales graves y trastornos adictivos que no suponen una gran dificultad clínica en su manejo. El paciente puede tener o no conciencia de problema acerca del uso de sustancia.

C. Trastorno mental de alto nivel de complejidad o trastorno mental grave (TMG) junto a trastorno adictivo de difícil manejo clínico

Esta categoría incluye enfermos con trastornos mentales similares a la categoría B y trastornos adictivos graves. Requieren tratamiento específico para ambos trastornos, junto con el esfuerzo sinérgico y coordinado de ambas redes y es la población diana objeto de atención de éste protocolo.

D. Trastorno adictivo no complicado junto a trastorno mental leve

Incluye a pacientes con trastornos adictivos y trastornos mentales no complejos y que pueden ser abordados a nivel ambulatorio sin grandes dificultades. Suelen presentar una combinación de síntomas de la esfera ansiosa-depresiva y/o conflictos familiares, junto con trastornos por abuso o dependencia no graves.

A modo de resumen

Si se detecta la presencia de patología dual, en salud mental o atención primaria, habrá que hacer una primera clasificación de la tipología según Ries, contemplándose las siguientes situaciones:

- 1) **Diagnóstico de Tipología A:** En estos casos, el usuario se derivará al Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencia correspondiente, utilizando el Protocolo de Interconsulta Salud Mental-Centro de Drogodependencia (ver anexo 5).
- 2) **Diagnóstico de Tipología B:** El/la usuario/a será asumido por la Unidad de Salud Mental Comunitaria e iniciará tratamiento en la misma.
- 3) **Diagnóstico de Tipología C:** En este caso, se remitirá Protocolo de Interconsulta al Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias correspondiente, estableciéndose contacto inmediato entre los/las profesionales de referencia de ambos dispositivos, de cara a diseñar objetivos e intervenciones a seguir dentro de un modelo de tratamiento paralelo que incluirá sesiones clínicas de revisión del caso.
- 4) **Diagnóstico de Tipología D:** El/la usuario será atendido por Atención Primaria.

Si la demanda se produce directamente en el centro de drogodependencias, se realizará diagnóstico y adscripción de tipología, actuándose posteriormente según se describe en los apartados anteriores.



Si durante el proceso de tratamiento se produjera alguna incidencia o complicación adictiva o psicopatológica, se habilitará el procedimiento de interconsulta.

Es de gran interés identificar y atender la posible presencia de *duelo migratorio*, que podría actuar como factor de riesgo, tanto en el inicio o exacerbación del consumo, con el objeto de prestarle la atención diligente y necesaria, sobre todo en el caso de duelo extremo, como prevención de posibles complicaciones psicopatológicas.



Plan de Implementación y Desarrollo del PAPI-SM

El Plan es de ámbito local; cada UGC de Salud Mental debería tener en cuenta los aspectos específicos de su área de actuación, dentro de la estructura general del programa, para adaptarse a las necesidades y disponibilidades locales, acomodarse al cronograma de implementación y desarrollo, con especial atención a los aspectos de valoración y evaluación de resultados, las líneas de investigación si las hubiera, etc.

No es necesaria la implementación de todos los protocolos, pues esto estará en función de las características y necesidades de la demanda, y de la disponibilidad de recursos de la unidad asistencial donde se va a llevar a cabo; no obstante el protocolo de trabajo sobre la red social, si es de obligada implantación, por ser el pilar básico donde descansa el resto de protocolos y actividades del PAPI-SM, sin el cual sería imposible el cumplimiento con los objetivos del mismo; *por tanto habrá que desarrollar siempre dos protocolos.*

Sería recomendable que dicha tarea fuera llevada a cabo por un “subequipo” a tiempo parcial dentro del conjunto de sus tareas en la unidad asistencial donde desarrolla sus actividades, evitando, de ese modo, la creación de una red paralela o equipo para inmigrantes; la composición sería la siguiente: un/una facultativo/a (psiquiatra o psicóloga/o), una/un enfermera/o, un/una trabajador/trabajadora social. Respecto a si es psiquiatra o psicóloga/o, estaría en función de los protocolos que se van a implementar y desarrollar.

Las funciones de este subequipo, serían las siguientes:

1. Elaboración del plan de implementación con su cronograma.
2. Difusión, desarrollo y seguimiento del plan.
3. Asumir las actividades de captación y de asesoramiento, de la formación y entrenamiento de profesionales, y todas aquéllas que surjan como consecuencia del desarrollo del programa.
4. La elaboración de la base de datos y de la guía de recursos,.
5. Ser el referente del PAPI-SM en el área donde se desarrolla, tanto dentro de su propia unidad asistencial, como para los otros niveles, sectores, asociaciones, ONGs, etc.
6. Canalizar la demanda asistencial, de prevención, de promoción de la salud.
7. Asumir la atención inicial de aquellos casos de enfermedad mental grave y/ o con riesgo social, y una vez lograda la adherencia al tratamiento, la referencia al equipo y la mejora de la psicopatología, normalizar posteriormente la asistencia transfiriendo el/la paciente a los/las profesionales de la unidad asistencial que le corresponden por su zona de residencia, médico de familia o según los criterios habituales sobre la distribución de las tareas asistenciales. Es decir este equipo no asume indefinidamente toda esta demanda, sino sólo aquellos casos que le corresponden por los criterios antes mencionados.



Indicadores de evaluación

Al tratarse de un programa no desarrollado ni implantado anteriormente, es necesario contar con indicadores de evaluación que aseguren la puesta en marcha efectiva del mismo.

Estos indicadores podrían ser:

- Número total de contactos interniveles realizados .
- Número total de contactos realizados con ONGs y asociaciones de inmigrantes.
- Número total de actividades de prevención y promoción realizadas, (grupos de autoayuda/relación, etc.).
- Número total de actividades docentes y de formación continuada relacionada con la atención a población inmigrante.
- Número de USMC que ponen en marcha el Programa durante el primer año.
- Acuerdo de Gestión, en el que se cite como objetivo la puesta en marcha del Programa.
- La existencia de un censo de personas inmigrantes consultantes.
- % de hoja de recogida de datos complementada.
- % de USMC que cuentan con un subequipo/profesional referente del Programa.
- Número de Visitas Domiciliarias a paciente inmigrantes incluidos en el programa.



Guía de recursos sociales

La guía debe ser local, es decir, recogerá los datos del área donde se va a implantar el programa, ya que de ese modo será más operativa y práctica. Por lo tanto formará parte de las actividades del plan local de implementación y desarrollo del programa; recogerá los recursos específicos existentes diferenciando, en cada localidad, las siguientes áreas de interés:

- ❖ Servicios Municipales de atención al inmigrante.
- ❖ Las oficinas consulares de los países de mayor presencia en la zona.
- ❖ Servicios de traducción y mediación cultural.
- ❖ Entidades privadas y ONGs que prestan apoyo a la población inmigrante.
- ❖ Asociaciones de inmigrantes.
- ❖ Por su alto interés se hará especial mención a: grupos de apoyo/relación, clases de español, apoyo al empleo, tramitación de documentación, apoyo a la vivienda.

Para la elaboración de esta guía se solicitará la colaboración de profesionales de Trabajo Social de los Centros de Salud, de los Servicios Sociales Comunitarios y de otras entidades colaboradoras.

La guía de recursos deberá estar elaborada antes de los dos primeros meses de puesta en marcha de este programa y debe actualizarse de forma continuada.



Bibliografía

1. Achotegui Loizate, J. (2009). *Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio*. Girona. Ediciones el mundo de la mente.
2. Ali, Tariq. (2002-2005). *El choque de los fundamentalismos. Cruzadas, yihads y modernidad*. Madrid. Alianza editorial. ISBN: 84-206-7726-4.
3. Bañón A. M. Y Fornieles, J. (eds). *Manual sobre Comunicación e Inmigración*. Cap. 24, 403-417. Editorial Gakoa, Tercera Prensa S. L. ISBN: 978-84-96993-02-0.
4. Bastide, R. (1978). *Sociología de las enfermedades mentales*. México. Ed. Siglo XXI, 4ª edición.
5. Checa y Olmos F., Checa y Olmo J. C. y Arjona Á. (eds.), *Las migraciones en el mundo. Desafíos y esperanzas*. Barcelona. Icaria editorial, S. A. ISBN: 978-84-9888-082-3.
6. García Galán, R. (coordinador). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud*. Sevilla. Edita: Junta de Andalucía-Consejería de Salud. Cap. VII, 125-144. Versión completa del manual en: redisir. Inmigración y salud, www.redisir.net
7. González, E. Y Comelles, J.M.. *Psiquiatría transcultural*. Estudios/5. Edita Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 2000.
8. Grinberg, L. y Grinberg, R.(1980). *Identidad y cambio*. Barcelona. Paidós Ibérica.
9. Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la Migración y del Exilio*. Madrid. Alianza Editorial.
10. Leal Rubio, J. (2005). Salud mental y diversidad(es): trabajar en red. *Vertex Rev. Arg de Psiquiatría*. Vol. XVI: 114-122.
11. Leal Rubio, J. y Escudero Nafs, A. (coords). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid. Edición Asociación Española de Neuropsiquiatría. ISBN: 84-95287-30-7.
12. Martínez-Hernaéz, Á. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos Saúde Pública*, Río de Janeiro, 22 (11): 2269-2280, noviembre.
13. Melero Valdés, L. (coord.) (2010): *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Valencia: Ceimigra. (Distribuye: Tirant Lo Blanch). www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/luis_pdf/LA_PERSONA_MAS_ALLA_DE_LA_MIGRACION.pdf
14. Okpacu, samuel O. *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Edita American Psychiatric Press, INC. Washington, DC, 2005.
15. Said, E. (2001). *Cultura e Imperialismo*. Barcelona. Ed. Anagrama.
16. Sayed-Ahmad Beiruti, N.; García Galán, R. y González Rojo, E. (coords). *Monografía I "Salud Mental en la Inmigración"*. Editada por la Escuela Andaluza de Salud Pública. ISBN: 978-84-691-0668-6. Versión completa de la monografía en: redisir Inmigración y salud, www.redisir.net
17. Sayed-Ahmad Beiruti, N. (Coordinador). Cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: "Inmigración y salud mental". Edita Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría-AEN .S.B.N.:978-84-95827-34-2. Córdoba. 2006.



18. Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona. Ed. Paidós.
19. Tseng, Wen-Shing. (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*, Ed. Academic Press.



ANEXOS





Anexo 1. Historia clínica

La elaboración de la Historia Clínica en salud mental, será elaborada mediante varias entrevistas entre el/la paciente y el/la profesional. Éstas deberían ser flexibles y respetuosas con las creencias, interpretaciones, ritmo y espontaneidad de las personas.

La historia clínica en salud mental debería ser redactada como una “*biografía*”/“*etnografía*” narrada por el/la paciente y dirigida por el/la profesional de forma flexible durante la relación y las entrevistas mantenidas con el/la paciente. La mayor parte de la historia debería ser transcrita con las palabras del/la paciente, o al menos en un lenguaje sencillo cercano al utilizado por aquél o aquélla. Cuando se procede a la recodificación, en términos técnicos, lo dicho por el/la paciente sin más, se empobrece la historia clínica y limita bastante la posterior discusión del caso; por esto es conveniente añadir entrecomillado a lo dicho por el/la paciente. Es recomendable que la recogida de información empiece por la situación actual de la persona, recogiendo la mayor información posible, para después proceder a una recogida de datos sobre la historia retrospectiva de vida.

En la calidad de la Historia Clínica influye bastante la calidad de la comunicación y de la relación establecida entre el/la profesional y el/la paciente; por este motivo las dificultades comunicativas y relacionales debidas a las barreras lingüísticas, culturales y otras basadas en creencias predeterminadas colectivas o personales, constituyen el principal obstáculo en la buena elaboración de la Historia Clínica y en la atención a la población inmigrante, afectando más a los/las pacientes inmigrantes que presentan una mayor distancia cultural y no hablan el mismo idioma.

La escucha activa y con empatía, no sesgada por las referencias culturales, por parte de los/las profesionales, implica conocimiento profesional, experiencia y, en general, sensibilidad intercultural y hacia la situación del paciente.

Las exploraciones y pruebas complementarias deben ser las necesarias, que se infieren del transcurso de la entrevista y que el/la paciente debe entenderlo así.

La Historia Clínica en Salud Mental Intercultural, debe recoger y tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. La recogida de datos es preferible realizarla en varias sesiones; no es aconsejable quemar etapas en la obtención de la información necesaria, no sólo por el respeto al ritmo del discurso de la persona, sino también por razones técnicas, cuidando el cómo, cuándo y qué preguntar.
2. Recoger el motivo de consulta, las expectativas y las interpretaciones de los/las pacientes y de su entorno.
3. Realizar una valoración psicopatológica y psicosocial para llegar a un diagnóstico concreto y culturalmente sensible.
4. Cuidar los prejuicios y generalizaciones que en ocasiones se encuentran en la redacción de algunas historias clínicas, ya que la percepción que

los/las profesionales de salud tienen acerca de los/las pacientes inmigrantes y los estereotipos que les atribuyen, influyen poderosamente en la situación comunicativa y en la calidad de la comunicación y por consiguiente en la calidad de la Historia Clínica. Por lo tanto, es necesario tener presentes la transferencia y contratransferencia culturales.

5. Facilitar la expresión de las vivencias de los/las pacientes durante el proceso de inmigración.
6. Detectar los estresores psicosociales y del proceso de inmigración.
7. Distinguir entre los sentimientos y reacciones que están relacionados con el proceso migratorio en sí y los que realmente tendrían que ver con síntomas psicopatológicos de otro origen.
8. Dejar constancia de las características culturales, valores y creencias remarcables y significativas: modos de sentir la enfermedad, modos de interpretar los síntomas, maneras de entender el cuidado necesario ante tales dificultades, etc.
9. Recoger datos sobre la situación actual de inmigración.
10. Señalar si existe una red de apoyo social y si la persona se siente respaldada por la misma.
11. Siempre que sea posible, entrevistar a los familiares, amistades, etc., para ampliar el contexto y estudiar el tipo de interacción, el apoyo que se le dispensa, recogiendo las observaciones del entorno sobre el comportamiento del/de la paciente e identificando las soluciones ensayadas anteriormente.
12. Deben quedar así mismo reflejados datos como el país de origen, la identidad étnica y su importancia para el/la paciente, y la ruta migratoria, siempre que a la persona a la que entrevistamos esto no sea un inconveniente.

Entrevista

La entrevista en salud mental tiene doble cometido, es decir, cumple con la finalidad diagnóstica y con la finalidad terapéutica, porque en definitiva se trata de una relación interpersonal, y como tal tiene reglas implícitas y está influenciada por las actitudes de ambos interlocutores, es por tanto bidireccional. Esta relación tiene un objetivo claro y predeterminado, cuya finalidad es la solución de problemas. En definitiva se trata de una relación entre alguien que tiene problemas y otro que es experto en solucionarlos. Tipos

A.- De acogida

1. Establecer una relación cordial, mostrando actitud de respeto, aceptación y empatía,
2. Facilitar la expresión del dolor y del sufrimiento mental de la persona,
3. Ayudar a la manifestación de los diversos aspectos emocionales y culturales de las pérdidas y las reacciones individuales y del entorno ante las mismas.
4. Averiguar el nivel del dominio y la comprensión del idioma, de las posibilidades de comunicación y de si es preciso el apoyo de intérpretes o mediadores interculturales.



B.- De exploración

1. Investigar cuidadosamente los antecedentes biográficos y las formas de reacción hacia los mismos;
2. Indagar el grado de afectación que supone la situación de inmigración, sobre el estado mental y las manifestaciones psicopatológicas;
3. Explorar la coexistencia de diferentes tipos de duelo (por la familia, el país, el estatus, etc.), la intensidad de los mismos y las vivencias del sujeto ante los mismos;
4. Considerar la importancia de la coexistencia de varios estresores migratorios, la intensidad y la duración de los mismos;
5. Estudiar el grado y la calidad de la autonomía personal y la existencia de vulnerabilidad;
6. Examinar el estado de los recursos sociofamiliares y personales existentes para el afrontamiento de la nueva situación;

C.- De evaluación

1. Identificar el tipo de duelo migratorio, su dinámica, su impacto psicológico y el modo de su elaboración;
2. Detectar la existencia de psicopatología depresiva, ansiosa o confusional así como la presencia de sintomatología psicótica; estamos entonces ante una patología mental concreta.
3. Del estado de la red de apoyo sociofamiliar.

Diagnóstico culturalmente sensible

Se refiere a la sensibilidad intercultural y a los conocimientos que deberían tener los/las profesionales y las instituciones sanitarias, en el sentido del respeto y comprensión de las explicaciones, motivaciones y modos de sentir y entender la salud y la enfermedad mental y de las maneras de interpretación de los síntomas en cada cultura y en cada individuo, evitando, al mismo tiempo, los estereotipos, los prejuicios, las connotaciones negativas y la búsqueda forzada de los aspectos diferenciales, en el proceso de llegar a un diagnóstico determinado.

También se refiere a la existencia de los medios adecuados, como mediadores y sistemas de registro de datos, para llegar a un diagnóstico social y culturalmente adecuado.

La sensibilidad y el conocimiento de la diversidad cultural, del papel que juega la cultura en el concepto de enfermedad y en los cuidados y tratamientos, así como su influencia tanto en el modo de expresión del sufrimiento como en la génesis de determinados síndromes, facilita a los/las profesionales la obtención de mejor información y la posibilidad de dar diagnósticos más acertados y adaptados a la realidad cultural de los/las pacientes inmigrantes. Dicho conocimiento serviría también para la elaboración de planes de intervención mejor adaptados.



Es necesaria la información acerca de los valores culturales y creencias colectivas e individuales que una persona posee, ya que ello nos permite interpretar sus mensajes, comprender su comportamiento e influir sobre su conducta durante el proceso terapéutico.

Es preciso ver al individuo en el contexto de la situación social, porque los valores no son sólo característicos de una persona determinada, sino que también son compartidos por grupos y sociedades enteras; sin olvidarse de la situación actual, del aquí y ahora, de los/las pacientes inmigrantes.

Asimismo es importante conocer el modo en que el sujeto ha ido incorporando o rechazando los valores culturales nuevos y que ya pueden estar generando respuestas en sus vínculos sociales nuevos.

Mini-etnografía de Kleinman

Esta técnica cualitativa permitirá el análisis cultural y hermenéutico de los relatos de los pacientes:

1. Considerar la Identidad étnica (determinar si es importante para el paciente y reafirmar su experiencia).
2. Valoración de lo que está en juego (incluir relaciones cercanas, recursos materiales, creencias religiosas y la vida en sí misma).
3. Reconstruir la narrativa del paciente por medio de una serie de preguntas que faciliten la expresión del/ de la paciente acerca de sus emociones y del propio modelo explicativo:
 - 1) ¿Cómo llama a su problema?
 - 2) ¿Cuáles piensa que son sus causas?
 - 3) ¿Qué piensa sobre el futuro del problema?
 - 4) ¿Qué piensa sobre su gravedad?
 - 5) ¿Cómo piensa que afecta a su cuerpo y a su mente?
 - 6) ¿Qué es lo que más teme de este estado?
 - 7) ¿Qué es lo que más teme del tratamiento?
4. Identificar los estresores psicosociales.
5. Considerar la influencia de la cultura en la relación terapéutica.
6. Enfoque intercultural.



Anexo 2. Duelo migratorio

El proceso migratorio, como todo cambio social y personal, no está exento de elecciones, de renunciaciones y de pérdidas, es decir, tiene una parte de duelo. En el duelo migratorio la persona tiene que asumir estas pérdidas que, con frecuencia, desbaratan proyectos, sueños y esperanzas, así como aceptar desafíos acerca de las creencias y asunciones de uno mismo y del mundo.

Dicho duelo, habitualmente, se entiende como el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales por la pérdida múltiple y masiva de vínculos, con el entorno físico, social y cultural y por el dolor y la frustración de expectativas, que se producen por el hecho de trasladarse desde un sitio con vínculos afectivos a otro nuevo, que ponen en marcha un proceso de reorganización de la personalidad y de adaptación a la nueva realidad y desarrollar nuevos vínculos con la misma.

Este duelo se manifiesta fundamentalmente con síntomas depresivos relacionados con las pérdidas, y con síntomas de ansiedad y confusionales debidos al estrés del proceso adaptativo y a la lucha por conseguir sus anhelos. No se trata de una enfermedad sino de una serie de Acontecimientos Vitales Estresantes. Es un proceso lento y acumulativo.

Características del duelo migratorio

- Es un duelo múltiple, producido por la separación y la pérdida súbita y masiva de objetos: personas, personajes, paisajes, estatus social, proyecto vital, etc.,
- Es un duelo parcial, complejo, complicado, vincular, ambivalente y transgeneracional,
- Es recurrente y con tendencia a la cronificación,
- Conlleva el miedo a crecer lejos y a perder sus referentes de pertenencia, y por tanto afecta a la identidad,
- Afecta tanto al/a la inmigrante como a los que se quedan en el país de origen y a la sociedad receptora.

Estresores migratorios

1. La soledad.
2. El aislamiento afectivo y lingüístico.
3. El miedo al fracaso y a perder lo conseguido.
4. La situación administrativa irregular "sin papeles".
5. La falta de trabajo y condiciones económicas precarias.
6. Vivienda en malas condiciones y el hacinamiento.
7. Las dificultades de arraigo debido a la movilidad excesiva.
8. El esfuerzo en la adaptación y la lucha por la supervivencia.
9. El entorno hostil, la xenofobia y el racismo.
10. Una red sociofamiliar ausente o frágil.



Elaboración del duelo

La serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, terminan con la aceptación y la adaptación a la nueva realidad externa, la reorientación de la actividad mental y la reorganización del mundo interno.

La forma de elaborar el duelo es un componente fundamental de la adaptación al entorno, a la familia, a la sociedad, al trabajo, a los afectos y emociones.

El trabajo de duelo

Requiere del sujeto esfuerzo, que podría ser **simple** si las condiciones donde se desarrolla son favorables, o **complejo** si se lleva a cabo en condiciones desfavorables por las condiciones personales (familia que se queda y no puede traerla,...) o sociales adversas en el país de origen o en el de acogida.

Factores que dificultan la elaboración del duelo

1. Factores situacionales y vinculares: en relación a la adaptación, la lucha por salir adelante y al apego.
 - a. Cambios vitales masivos que sobrepasan la capacidad adaptativa del sujeto.
 - b. Frecuentes cambios de domicilio.
 - c. Falta de red sociofamiliar o esta es precaria.
 - d. Familiares en el país de origen en situación difícil.
2. Factores de vulnerabilidad:
 - a. Bajo nivel socioeconómico.
 - b. Hacinamiento y falta de intimidad.
 - c. No acceso al trabajo, situación administrativa de irregularidad “sin papeles”.
 - d. Ambiente insolidario e inhóspito.
 - e. Problemas y experiencias frustrantes en el pasado no superadas con éxito.
 - f. Bajo nivel de autoestima.
 - g. Estresores migratorios múltiples, intensos y crónicos.

Anexo 3. Atención a las urgencias psiquiátricas en pacientes con riesgo social³

(En este anexo se incluye, a modo de ejemplo, el acuerdo interniveles sobre la atención urgente a personas con trastorno mental y riesgo de exclusión social, de la Comarca del Poniente Almeriense)

1. Cuando se detecta, ya sea por familiares, allegados, asociaciones, SSCC u otros agentes sociales, un posible trastorno mental grave que requiera atención urgente se contactará en primer lugar con el 061.
2. Se acuerda el uso del “Protocolo de captación de pacientes vulnerables” de la UGC-DCCU-Urgencias Poniente, como documento válido para la detección de pacientes de salud mental en riesgo social, por entender que facilita una intervención diligente y permite el flujo de información entre servicios de urgencias, Atención Primaria y Salud Mental (ver anexo 4).
3. Tras valoración realizada por DCCU/061, distinguimos las siguientes situaciones:
 - 3.1. Se decide traslado a Hospital Poniente para la valoración por el servicio de salud mental.
 - 3.2. No se aprecian criterios para requerir un traslado urgente, pero hay indicios de posible trastorno mental grave que requeriría valoración programada:
 - 3.2.1. Si es paciente en seguimiento por USMC (aporta informes, información del entorno, historia Diraya...) se remitirá desde DCCU a Médico de Familia(MF)/SM información al respecto.
 - 3.2.2. Si el o la paciente no es conocido en SM o no se tiene constancia de ello, se remitirá informe médico y protocolo de captación de pacientes vulnerables a MF/ T. Social de AP/ Enfermería de enlace que contactarán con SM para acordar posibles actuaciones (intervenciones conjuntas, asesoramiento, solicitud al juzgado de ingreso involuntario ordinario.....).
4. En aquellos casos que se juzgue necesaria la intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, se solicitará dicha colaboración de acuerdo con la legislación vigente.
5. En los ingresos programados desde la USMC cuando se requiera la intervención de DCCU/061 siempre se facilitará informe clínico, en sobre abierto, a los profesionales sanitarios que vayan a intervenir en el traslado.

³ Conclusiones y acuerdos del Grupo de Trabajo Interniveles, en el cual participaron profesionales del Distrito Atención Primaria Poniente, Empresa Pública 061, Hospital Poniente (Salud Mental y S. Urgencias) y USMC Roquetas-UGC-SM-CH Torrecárdenas. Almería. Dicho acuerdo no es específico para población inmigrante, sino es aplicable para todas aquellas personas que sufren enfermedad mental y en situación de riesgo social sean inmigrantes o no.



6. Aquellos pacientes que sean trasladados al servicio de urgencias por DCCU/061 para valoración y/o ingreso programado por el servicio de salud mental, se acuerda:
 - 6.1. Paciente sedado pasa a críticos.
 - 6.2. Paciente no sedado, se le asigna consulta con prioridad 2.
 - 6.3. Pacientes que acuden solos se les asigna un celador como acompañamiento/supervisión.
 - 6.4. Pacientes que se pueda prever o se produzcan conductas disruptivas se requerirá la presencia de personal de seguridad.
7. Se manifiesta por parte de los/las asistentes la conveniencia de hacer más uso de la coordinación telefónica entre los distintos servicios y contactar siempre que sea necesario con la USMC para recabar información y/o acordar intervenciones.
8. Celebrar una reunión del grupo, dentro de seis meses, para revisar los acuerdos y su grado de desarrollo, así como introducir las modificaciones que sean pertinentes.



Anexo 4. Protocolo de captación de pacientes vulnerables



Districto Sanitario Poniente de Almería
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

UGC-DCCU-URGENCIAS DISTRITO SANITARIO PONIENTE

PROCOLO DE CAPTACION PACIENTES VULNERABLES

FECHA:

MEDICO DERIVADOR:.....

UGC URGENCIAS DISTRITO PONIENTE:

CENTRO: ROQUETAS NORTE AGUADULCE SUR EL EJIDO NORTE
VICAR BERJA LAUJAR ADRA

PACIENTE:NUSA.....

MEDICO DE CABECERA.....CENTRO.....

DERIVACION QUE SE PROPONE:

- TRABAJADOR@ SOCIAL.
- ENFERMER@ DE ENLACE.
- MEDIC@ DE FAMILIA.
- ENFERMER@ DE REFERENCIA.
- SALUD DENTAL.
- SALUD MENTAL.
- EQUIPO TBC.

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

- RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL.
- DEFICIT EN HABITOS HIGIENICOS/DIETETICOS.
- ESTADO NUTRICIONAL (BAJO PESO EN NIÑOS)
- CARIES INFANTIL
- PROGRAMACION FAMILIAR Y/O EDUCACION SEXUAL.
- IVE
- AJUSTE MEDICACION O CONTROLES ANALITICOS
- RIESGO DE CONTAGIO EN LA COMUNIDAD
- VIOLENCIA DE GENERO
- VIOLENCIA DOMESTICA
- POSIBLE PATOLOGIA PSIQUIATRICA

COMUNICADO MEDIANTE:

- EN VIAR ORIGINAL A SU MEDICO DE CABECERA.
- EN VIAR COPIA AL DIRECTOR DE UGC DCCU.
- REGISTRO EN DIRAYA.

Este protocolo es elaborado y utilizado habitualmente por la UGC-DCCU-Urgencias Poniente-Almería





Anexo 5. Protocolo de Interconsulta Salud Mental- Centro de Atención Ambulatoria de Drogodependencia

CENTRO DERIVADOR:

CENTRO RECEPTOR:

DERIVACIÓN:

- NORMAL
- PREFERENTE
- PRIMERA DERIVACIÓN: SI/ NO

NOMBRE Y APELLIDOS:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

LOCALIDAD:

Nº HISTORIA:

Nº AFILIACIÓN S.S.:

FECHA DERIVACIÓN:

MOTIVO INTERCONSULTA:

ANTECEDENTES FAMILIARES: (Describir cualquier aspecto relevante relacionado con trastorno mental o consumo de sustancias)

ANTECEDENTES PERSONALES: (Reflejar tratamientos anteriores)

SITUACIÓN ACTUAL:

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: (Valorar psicopatología y consumo de sustancias)

JUICIO CLÍNICO: (Referido a psicopatología y consumo de sustancias, incluyendo diagnóstico CIE-10 o DSMIV cuando estén establecidos)

TRATAMIENTO ACTUAL:

Firma Facultativo/a

Este protocolo es el usado habitualmente por la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Roquetas de Mar y el Centro Comarcal de Atención Ambulatoria a la Drogadicción y Adicciones de Roquetas de Mar



Anexo 6. Hoja de recogida de datos para el programa de atención a población inmigrante de salud mental

Nombre:		Apellidos:					
Nº Pasaporte:		NIE:					
F. de nacimiento:		País de nacimiento:					
Nacionalidad :				Etnia:			
Sexo: Hombre				Mujer			
Dirección:					Ubicación :	N. Urbano:	
						N. Rural:	
						Diseminado:	
Nivel de estudios: Ninguno	Primarios		Secundarios		Universitarios		
Tiempo (en meses) de estancia en España :							
Nivel de Castellano: Nulo		Bajo			Alto		
NUSS:				NUHSA: AN			
Derivante:	Atención Primaria	H. Día S.M.	U. H. S.M.	USMI-J	Otros:		
Estado Civil :	Soltero/a		Casado/a		Otro:		
Tipo de Convivencia :	Familia de Origen	Familia propia	Familia En Cohabitación		Solo	Con otros	Nº de personas en la vivienda:
Nº de hijos:		Menores de 18 años:					
Condiciones de habitabilidad de la vivienda:		Buena:		Deficitaria:		Mala:	
Situación Laboral :	Activo/a Especificar:			No activo/a Especificar:			
Situación Administrativa:	Permiso de Residencia	Con permiso de trabajo		Sin permiso de trabajo	Sin papeles	Otros:	
Red Sociofamiliar:	Buena		Deficitaria		Inexistente		
Persona de contacto:					Teléfono:		
Diagnóstico CIE 10 (F) o Diagn. Si no especifica código* :							
Estado somático actual:							
Fecha de admisión :				Fecha de Alta :			
Tipo de alta :	Mejoría	Abandono	No procede tratamiento		Otro:		
Derivación a:	A. Primaria	U. H. S.M.	H. Día S. M.	U. S. M. I.-J.	S. Sociales	Otros:	
Terapeuta de referencia en la USMC:							

NIE: Número de Identificación para Extranjeros

- Caso de no especificar código de diagnóstico, poner diagnóstico que conste en historia

PROGRAMA DE ATENCIÓN A
POBLACIÓN INMIGRANTE EN
SALUD MENTAL

(PAPI-SM)



Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD