

LINEAMIENTOS OPERATIVOS

Para las Unidades de
Salud Mental
Hospitalarias (USMH)

2026



GOBIERNO DEL
ECUADOR

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias (USMH)*. Lineamientos. Quito: Subsecretaría Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental – MSP; 2026.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Operatividad | 4. Implementación |
| 2. Estandarización | 5. Acompañamiento |
| 3. Salud Mental Hospitalaria | 6. Lineamientos Operativos |

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y Av. Llira Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: 3814400 1800 643 884
www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud - Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias USM*. Lineamientos. Quito: Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, MSP; 2026. <http://www.salud.gob.ec>.

Hecho en Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Espc. Jaime Bernabé Erazo, Ministro de Salud Pública del Ecuador.

Ing. Álvaro Molina Galarraga, Viceministro de Gobernanza de la Salud.

Mgs. Romel González Orlando, Viceministro de Atención Integral en Salud, Encargado.

Econ. Frecia Victoria Plaza de la Rosa, Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

Mgs. Hugo Enrique Armendariz Pinos, Subsecretaria de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.

Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.

Mgs. German Bustamante Lindao, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

Dra. Ana Patricia Gutiérrez López, Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas. Encargada.

Dr. Alejandro Vladimir Díaz Sorto, Director Nacional de Hospitales, Encargado.

Esp. Gina Lorena Chiriboga Estrella, Gerente del Proyecto de Desarrollo de la Estrategia Para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental.

Equipo de Redacción y Autores

Alomoto Quimbita Lorena, médico general, magister en salud pública, especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Álvarez Bayas Tania, médica, especialista en psiquiatría, coordinadora técnica de salud mental, DP17-HGDC-DA-Gestión de Apoyo Diagnóstico Terapéutico, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Alvear Hermosa Alex, psicólogo clínico, magister en gerencia de instituciones de salud, especialista de organización e implementación de políticas y normativas, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cedeño Bravo Silvia, doctora en medicina y cirugía, especialista en psiquiatra, coordinadora del servicio de rehabilitación en terapia y salud mental, HFIB, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cedeño Moreno Martha, psicóloga clínica, DP09-Sede-Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cuenca Riofrío Mayra, médico, especialista en psiquiatría, Médico Especialista en Psiquiatría del Hospital Especializado Julio Endara, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Franco Negrete Michelle, psicóloga clínica, responsable de salud mental, DP09-HMHP-DTA-ADT-Rehabilitación y Terapia en Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Herrera Cumbicos Luis, psicólogo clínico, magister en diseño y gestión de proyectos socioeducativos, analista, Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Pérez Álvarez Iván, doctor en medicina, especialista de primer grado en psiquiatría, líder de rehabilitación y terapia de salud mental, Hospital Pablo Arturo Suarez, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Suéscom Medina David, psicólogo clínico, responsable de rehabilitación y terapia en salud mental de la Unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Hospital Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, Ministerio de Salud Pública, Guayaquil.

Troya Segovia Maritza, psicóloga clínica, especialista de cuidado permanente, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Villacís Chicaiza María, psicóloga clínica, master universitaria en ciencias de la sexología, analista, DP17-Gestión Interna de Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Zúñiga Carrasco Danny, doctor en medicina y cirugía, especialista en psiquiatría, Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Equipo de colaboración

Guevara Bonilla Marilú, médico cirujano, especialista en psiquiatría, Hospital de Especialidades del Hospital Eugenio Espejo, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Ramírez Morales Karina, psicóloga clínica, magister en psicología clínica, salud y calidad de vida, psicóloga del Centro de Salud tipo C Velasco Ibarra, Ministerio de Salud Pública, Guayaquil.

Equipo de revisión

Girón Ortiz Jenny, bioquímica farmacéutica, especialista de abastecimiento, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Cuesta Benavides Janella, médico, magister en gerencia hospitalaria y administración de hospitales, especialista Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Equipo de validación

Aguirre Clavijo Andrés, psicólogo clínico, magister en gestión de calidad en salud y seguridad del paciente, especialista de Promoción de la Salud Mental, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Almeida Sandoval Daniela, psicóloga clínica, magister en psicopedagogía, analista, Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Azanza Villacís Freddy, psicólogo clínico, master universitario en prevención en drogodependencias y otras conductas adictivas, especialista, DP11 11OT01 Gestión y Evaluación de Redes de Atención en Salud, Ministerio de Salud Pública, Loja.

Cabrera Fuentes Diana, psicóloga clínica, especialista, Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Del Castillo Aguirre Richard, psicólogo mención clínico, magister en neuropsicología clínica, psicólogo calificador C. S. Chimbacalle, DP17-17OT06-Centro de Salud Chimbacalle, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Hinojosa Trujillo María, socióloga con mención en desarrollo, especialista de institucionalización de enfoques de género, igualdad y derechos humanos en salud 1, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Lozada Cuji Luis, psicólogo clínico, master universitario en terapias psicológicas de tercera generación, especialista zonal de vigilancia epidemiológica, DP06-UPVPCS Unidad Provincial de Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas, Riobamba.

Placencia Galeano Aida, licenciada en psicología, magister en psicología clínica con mención psicoterapia, analista- CZ1 Gestión Zonal de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Imbabura, Ministerio de Salud Pública, Ibarra.

Rodríguez Granja María, psicóloga clínica, analista, Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Quito.

Vacacela Moscoso Amelia, médico general, especialista en psiquiatría, responsable de la gestión de consulta externa, DP20-GA-HG-Oskar Jandl-Gestión de Especialidades Clínicas Quirúrgicas, Galápagos, Ministerio de Salud Pública, Galápagos.

Zurita Chinga Carmen, psicóloga clínica, magister en neuropsicología clínica, analista, DP13 - Gestión Interna Provincial de Servicios de Discapacidades, Rehabilitación y Recuperación, Ministerio de Salud Pública, Manabí.

Contenido

1.	Presentación	8
2.	Introducción	9
3.	Antecedentes y justificación	9
4.	Objetivos	10
4.1	Objetivo general.....	10
4.2	Objetivos específicos	11
5.	Alcance	11
6.	Glosario de términos	11
7.	Desarrollo.....	13
7.1	Marco descriptivo de las Unidades de Salud Mental Hospitalaria USMH	13
7.1.1	Características generales de las Unidades de Salud Mental Hospitalaria (USMH)	13
7.1.2	Infraestructura de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias	15
7.1.3	Seguridad de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias	15
7.1.4	Seguridad del paciente	16
7.1.5	Talento humano de la Unidades de Salud Mental Hospitalario	17
7.1.5.1	Funciones del personal de la USMH.....	17
7.2	Prestaciones de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en las áreas de emergencia y/o urgencias, hospitalización y consulta externa ...	20
7.2.1	Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en el servicio de emergencia y/o urgencias.....	21
7.2.1.1	Consideraciones generales de la USMH en el Servicio de Urgencias y /o Emergencias.....	21
7.2.1.2	Criterios de inclusión en el servicio de Urgencias y /o Emergencias	22
7.2.1.3	Criterios de exclusión en el servicio de Urgencias y /o Emergencias	22
7.2.2	Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en el servicio de Hospitalización	23
7.2.2.1	Consideraciones generales de la USMH en el servicio de hospitalización.....	23
7.2.2.2	Criterio de inclusión en el servicio de hospitalización	24
7.2.2.3	Criterios de exclusión en el servicio de hospitalización	24
7.2.3	Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en el servicio de Consulta Externa	25
7.2.3.1	Consideraciones generales de consulta externa de las USMH	25
7.2.3.2	Criterios de inclusión en el servicio de Consulta Externa	25
7.2.3.3	Criterios de exclusión en el servicio de consulta externa	25
7.3	Modalidades de apoyo especializado de las USMH en teleinterconsulta y o consultoría de enlace.....	26
7.3.1	Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en la modalidad de Teleinterconsulta.....	26
7.3.1.1	Consideraciones de la modalidad de Teleinterconsulta en salud mental de las USMH	26
7.3.2	Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en la modalidad de Consultoría de Enlace	27
7.3.2.1	Consideraciones de la modalidad de Consultoría de Enlace de las USMH	27
7.4	Seguimiento clínico e interconsultas en las USMH	28

7.5 Medicamentos en salud mental por nivel de atención de las USMH.....	29
7.6 Registro de atenciones médicas dentro de las diferentes plataformas ...	29
8. Abreviaturas	30
9. Referencias.....	30
10. Anexos	33

Tabla de Anexos

Anexo 1. Modelo de triage combinado para la atención de urgencias y/emergencias	33
Anexo 2. Formulario 008 de emergencia.....	34
Anexo 3. Formulario 003 de anamnesis	35
Anexo 4. Formulario 005 Evolución y Prescripciones	36
Anexo 5. Formulario 007 Interconsultas	37
Anexo 6. Ficha 022 Administración de medicamentos	38
Anexo 7. Formulario 053 Referencia, Derivación y Contrareferencia	39
Anexo 8. Formulario 121 psicología	40
Anexo 9. Protocolo de teleinterconsulta psiquiátrica.....	41

1. Presentación

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial, afectando de manera significativa la calidad de vida de las personas, sus familias y las comunidades. Su impacto trasciende el ámbito sanitario, generando repercusiones sociales, económicas y en el ejercicio pleno de los derechos humanos, lo que exige respuestas integrales desde las políticas públicas y los sistemas de salud para garantizar el bienestar de la población.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reconoce a la salud mental como un componente esencial de la salud integral y del desarrollo social del país. En este sentido, el fortalecimiento de los servicios de salud mental constituye una prioridad y una política determinante para el desarrollo integral de nuestro país.

En este marco, las Unidades de Salud Mental Hospitalarias se consolidan como un componente fundamental dentro de los hospitales del segundo y tercer nivel de atención, al proporcionar gestiones especializadas para la atención de problemas de salud mental de mayor complejidad que no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.

La actualización de los presentes lineamientos constituye un avance significativo para el fortalecimiento de la atención en salud mental en el país, al establecer orientaciones técnicas que contribuyen a mejorar la organización, funcionamiento y capacidad de respuesta de las USMH en los hospitales del Ministerio de Salud Pública, buscando la calidad, el bienestar y la garantía del pleno ejercicio de derechos para todas y todos los ecuatorianos.

Esp. Jaime Ottón Bernabé Erazo
Ministro de Salud Pública

2. Introducción

La atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituye una prioridad para los sistemas de salud a nivel nacional, debido a su impacto en la carga de enfermedad, el bienestar de las personas y el funcionamiento social. En este contexto, resulta necesario fortalecer la organización y la capacidad de respuesta de los servicios especializados de salud mental dentro de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Bajo este contexto el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, establece políticas, normas y lineamientos orientados a garantizar el acceso a servicios de salud mental, en concordancia con lo dispuesto en la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud Mental, la Política Nacional de Salud Mental y los compromisos internacionales asumidos por el Estado en esta materia.

En este sentido, se establece la necesidad de definir y organizar, bajo criterios técnicos y clínicos, los parámetros para la estructuración y funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias, con el fin de fortalecer la capacidad resolutoria de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, mediante la provisión de atención especializada para personas que, por la complejidad o gravedad de su condición clínica, requieran evaluación, manejo y seguimiento en los servicios de emergencias y /o urgencias, hospitalización o consulta externa, y otras modalidades de apoyo especializado.

Así mismo, es fundamental incorporar los enfoques de derechos humanos, género, inclusión social, interculturalidad, intergeneracionalidad e interseccionalidad como principios rectores para la prestación de servicios de salud mental. Estos enfoques garantizan el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos y el cumplimiento de las obligaciones del Estado en su protección; asimismo, permiten identificar y abordar las desigualdades, los determinantes sociales y las dinámicas sociales que inciden en la salud mental, así como las necesidades diferenciadas según el curso de vida, el género y el contexto sociocultural, asegurando una atención integral, equitativa, no discriminatoria y centrada en la persona, en concordancia con la normativa vigente.

En atención a lo expuesto, el presente lineamiento establece orientaciones técnicas para la organización y funcionamiento de estas unidades en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, incorporando criterios relacionados con la estructura organizativa, el talento humano, los procesos asistenciales, las modalidades de atención y los mecanismos de coordinación, con el propósito de estandarizar la prestación de servicios y fortalecer la gestión institucional y la calidad de la atención especializada en salud mental en el ámbito hospitalario.

3. Antecedentes y Justificación

En el marco de la planificación nacional, mediante Oficio Nro. SNP-SNP-SGP-2022-0543-O de 28 de diciembre de 2022, la Secretaría Nacional de Planificación emitió el dictamen de prioridad del Proyecto “Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental”, con CUP: 123200000.0000.387703, a ejecutarse por el Ministerio de Salud Pública, orientado a mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud mental. El proyecto fue calificado como emblemático mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00082-2023 y, posteriormente, se aprobó la reprogramación de su

cronograma de ejecución hasta el año 2028, conforme al Oficio Nro. SNP-SNP-SGP-2025-0203-O.

En este contexto, el referido proyecto tiene como objetivo fortalecer el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de atención en salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud, incorporando entre sus metas la actualización de instrumentos normativos que permitan mejorar la implementación y la capacidad de respuesta del Modelo de Atención de Salud Mental y Comunitario.

De manera complementaria, la Dirección Nacional de Hospitales tiene como misión planificar y garantizar la prestación de servicios hospitalarios con calidad y calidez, articulados a todos los niveles de atención que conforman el Sistema Nacional de Salud, conforme a las políticas sectoriales y en el marco del derecho y la equidad social.

En concordancia con lo anterior, en los últimos años la atención en salud mental en el ámbito hospitalario ha presentado un incremento sostenido a nivel nacional, evidenciándose un aumento progresivo de las atenciones registradas. Esta tendencia refleja una mayor demanda de servicios especializados y una creciente presión sobre la capacidad operativa de los establecimientos hospitalarios, lo que sustenta la necesidad de fortalecer y actualizar los lineamientos técnicos para la organización y prestación de servicios en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias.

Bajo este contexto, esta cartera de Estado cuenta con el Lineamiento operativo para el funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias del Ministerio de Salud Pública, emitido en el año 2016, mismo que ha orientado la organización y prestación de servicios especializados en los hospitales del país, generando avances en el Modelo de Atención Integral de Salud. No obstante, se han identificado limitaciones en la aplicación del instrumento vigente, particularmente en la organización de los servicios hospitalarios y en la respuesta a las necesidades actuales de atención de la población.

Adicionalmente, el incremento de la demanda de atención especializada y la necesidad de fortalecer la articulación entre los distintos niveles de atención evidencian la importancia de contar con instrumentos normativos actualizados que orienten de manera clara la organización, el funcionamiento y la prestación de servicios especializados en los hospitales del Ministerio de Salud Pública.

En atención a lo expuesto, se considera necesaria la actualización del Lineamiento para el funcionamiento de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias, con el propósito de fortalecer los criterios técnicos que regulan su organización, operación y la optimización de la capacidad resolutive de los establecimientos hospitalarios, así como contribuir a una respuesta oportuna, integral y coordinada frente a las necesidades actuales de la atención especializada, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley Orgánica de Salud Mental y el artículo 41 de su Reglamento.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Emitir lineamientos operativos de organización, implementación y funcionamiento para las Unidades de Salud Mental Hospitalaria (USMH) en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, mediante

instrumentos técnicos para asegurar la prestación de servicios especializados a los pacientes.

4.2 Objetivos específicos

- Definir las condiciones técnicas para garantizar el funcionamiento adecuado y sostenido de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias (insumos, equipamiento, talento humano y marco normativo).
- Establecer procesos asistenciales estandarizados para la atención en los servicios de emergencias y /o urgencias, hospitalización y consulta externa en el ámbito de las USMH, garantizando la coherencia clínica, la continuidad del cuidado y la incorporación de los enfoques de derechos humanos, género, inclusión social, interculturalidad, intergeneracionalidad y bioética.
- Determinar los criterios técnicos para la activación y funcionamiento de las USMH en los hospitales, en función de la demanda epidemiológica, las necesidades de atención en salud mental y la capacidad resolutive del hospital.
- Incorporar modalidades de apoyo especializado, tales como teleinterconsulta, y consultoría clínica de enlace, orientadas a fortalecer técnica y clínicamente a los servicios que lo requieran mediante mecanismos presenciales o telemáticos

5. Alcance

Los presentes lineamientos regulan la organización, implementación y funcionamiento de las USMH en todos los establecimientos de salud hospitalarios del segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública, por lo que su cumplimiento es obligatorio para el personal técnico, administrativo y directivo vinculado a la gestión de servicios de internamiento y protocolos.

6. Glosario de términos

Agitación Psicomotora: *Es el aumento de la actividad mental y motora, tornándose desorganizada e incontrolable y, por lo tanto, peligrosa para el usuario y para los demás. Puede ser de origen orgánico o generado por una enfermedad psiquiátrica subyacente (25).*

Autolesión: *Acto llevado a cabo por una persona con la intencionalidad de hacerse daño a sí misma físicamente. Por lo tanto, se incluyen la autolesión no suicida (no existe intencionalidad suicida) y la conducta suicida (existe algún grado de intencionalidad suicida, o ésta es dudosa (24).*

Conducta suicida: *Conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida (24).*

Consultoría de enlace: *Es un proceso en el cual un profesional de la salud mental brinda asesoramiento, consulta y orientación a otros profesionales de la salud, con el fin de mejorar la atención integral de los pacientes con trastornos mentales (11).*

Contrareferencia: *Es el procedimiento obligatorio por el cual un usuario que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención*

correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención (5).

Depresión: La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (22).

Derivación: Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente (5).

Emergencia: Estados patológicos de manifestación súbita y grave; así como el caso de enfermos, que hallándose bajo tratamiento, sufrieren agravamiento repentino, y de los accidentes que requieren de atención de salud inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas, que afecten la integridad funcional u orgánica del paciente (18).

Intoxicación aguda: Condición que se presenta tras la administración de una sustancia psicoactiva y que provoca alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Estas alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo, con una recuperación completa, salvo que se produzcan daños tisulares u otras complicaciones. Las complicaciones pueden incluir traumatismos, inhalación de vómito, delirio, coma, convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende de la clase farmacológica de la sustancia y de la vía de administración (26).

Itinerancia: Modalidad de prestación en la cual el profesional de la salud presta sus servicios en varios establecimientos de una misma institución, repartiendo su horario de atención de manera programada y ordenada (6).

Psicosis aguda: Un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones y alteraciones perceptivas, y por la grave alteración del comportamiento habitual. El inicio agudo se define como un desarrollo progresivo de un cuadro clínico claramente anormal en aproximadamente dos semanas o menos (26).

Referencia: Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención o de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud (5).

Suicidio: “muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte” (24).

Teleinterconsulta: Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona

usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud (8).

Telesalud: *Es una estrategia basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud, y que mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, facilita la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centrado en la persona en su contexto sociocultural y a lo largo de su curso de vida, con el propósito de mantener un óptimo estado de salud y la continuidad de cuidados de la población, mejorando así la equidad en el acceso, el ejercicio de derechos, la oportunidad y la calidad de la atención (8).*

Urgencias en salud mental: *Situación en la que existen síntomas psíquicos que producen alteraciones en las percepciones, pensamientos, afectividad, conductas que son percibidos como perturbadores o amenazantes, generando una solicitud de atención inmediata voluntaria o involuntaria, pero no pone en juego la vida del paciente, ni la de terceros (11).*

7. Desarrollo

7.1 Marco descriptivo de las Unidades de Salud Mental Hospitalaria USMH

Las Unidades de Salud Mental Hospitalaria (USMH) constituyen servicios especializados de atención integral en salud mental, de corta estancia, integrados funcional y físicamente en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención (hospitales básicos, generales, especializados o de especialidades), conforme a la tipología vigente. Su finalidad es la evaluación, contención y estabilización clínica oportuna de personas con trastornos mentales y del comportamiento que, por su complejidad, no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención (9,10)

Las USMH tienen un enfoque de desinstitucionalización y derechos humanos que evitan hospitalizaciones prolongadas sustituyendo a los antiguos hospitales psiquiátricos de larga estadía con el fin de promover la reinserción comunitaria (9).

7.1.1 Características generales de las Unidades de Salud Mental Hospitalaria (USMH)

Es una instancia de gestión técnico-administrativa transversal, orientada a garantizar la atención integral en salud mental en los servicios de consulta externa, urgencias y /o emergencias y hospitalización, mediante la intervención de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales especializados y capacitados en salud mental.

A continuación, se dan a conocer las características que deben tener las USMH:

- a) Las USMH están diseñadas para la intervención integral y especializada de pacientes en situaciones de crisis, lo que incluye tanto descompensaciones agudas como cuadros de debut clínico o primer episodio. Estas unidades aseguran la evaluación diagnóstica, estabilización y manejo médico oportuno

de patologías graves en hospitales de segundo y tercer nivel del Ministerio de Salud Pública.

- b) Las USMH se integran funcionalmente con el servicio especializado de urgencias y/o emergencias del establecimiento de salud, donde se realizan intervenciones integrales orientadas a la evaluación y manejo inmediato de personas que presentan crisis o descompensaciones en su salud, requiriendo acciones oportunas para la estabilización de su condición física y mental.
- c) Las USMH se integran funcionalmente con el servicio de hospitalización, en el cual se brinda atención a pacientes que requieren manejo intrahospitalario, garantizando vigilancia médica continua, administración de tratamiento farmacológico especializado, atención psicológica y provisión de cuidados de enfermería, en condiciones de seguridad acordes a la condición clínica y al estado de salud mental del paciente (9).
- d) Las USMH brindan atención en el servicio de consulta externa, donde se realizan evaluaciones diagnósticas integrales, intervenciones psicoterapéuticas, seguimiento farmacológico y control clínico de pacientes con trastornos mentales que requieren manejo ambulatorio, favoreciendo la continuidad del cuidado, la adherencia terapéutica y la evolución clínica del paciente (9).
- e) Las USMH participan en los procesos de interconsulta hospitalaria, brindando apoyo técnico a los diferentes servicios clínicos de los hospitales en la evaluación, diagnóstico y manejo de pacientes que presentan sintomatología psiquiátrica asociada a condiciones orgánicas, médicas o quirúrgicas, contribuyendo a un abordaje integral de la salud de los pacientes.
- f) Las USMH se caracterizan por contar con equipos interdisciplinarios conformados por profesionales en psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social, terapia ocupacional y en hospitales básicos que no cuenten con psiquiatras contarán con médicos generales, familiares, o internistas (11,18).
- g) Formarán parte de este equipo según la disponibilidad del hospital, especialistas de neurología, emergencia, neuropsicología y afines en salud mental, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 34, 35 del Reglamento de la Ley Orgánica de Salud Mental, garantizando la disponibilidad de talento humano competente para la atención integral de la salud mental en hospitales de segundo y tercer nivel de atención (11).
- h) Las USMH se caracterizan por intervenir y abordar problemas de salud mental en el ámbito hospitalario que, por su complejidad y gravedad, no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, requiriendo evaluación especializada, manejo clínico y soporte intrahospitalario.
- i) Las USMH fortalecen los procesos de desinstitutionalización y la inclusión social mediante la atención en hospitales vinculados a la comunidad. Al aplicar el principio de la alternativa menos restrictiva, estas unidades garantizan una intervención oportuna en crisis y cercanía geográfica para poblaciones dispersas, eliminando el estigma y alentando la búsqueda de atención temprana para incrementar el acceso universal (10,17).
- j) El acceso a las USMH en hospitales del segundo y tercer nivel de atención se realizará, de manera general, mediante referencia, contrarreferencia, referencia inversa o derivación y autorreferencia, procurando la atención oportuna y la protección de la vida del paciente y de terceros.
- k) La conformación del equipo de profesionales que integran la USMH deberá estar formalmente establecida mediante un acta o resolución administrativa emitida por la autoridad competente del establecimiento de salud, en la que se definan los perfiles, roles y responsabilidades de sus integrantes, determinando la organización, funcionamiento y continuidad de la atención integral en salud mental.

- l) Las USMH garantizarán que los pacientes egresados con problemas de salud mental de alto riesgo cuenten con seguimiento priorizado en el servicio de consulta externa, asegurando la asignación oportuna de turnos preferentes, con el fin de fortalecer la continuidad del cuidado, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas o eventos adversos.

La USMH podrá brindar orientación y acompañamiento psicoeducativo a familiares, cuidadores o redes de apoyo, cuando ello contribuya al proceso terapéutico, continuidad del cuidado, adherencia al tratamiento o prevención de riesgos de la persona usuaria. Esta intervención será complementaria a la atención principal y deberá respetar la confidencialidad, consentimiento informado, autonomía y derechos de la persona usuaria.

7.1.2 Infraestructura de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias

En los hospitales que no dispongan de unidades de hospitalización psiquiátrica específicas, las USMH brindarán atención conforme a la disponibilidad física y a la capacidad instalada de las unidades de salud mental. Para ello, el establecimiento de salud aplicará las acciones correspondientes para adecuar habitaciones específicas con condiciones de seguridad pasiva dentro del servicios de hospitalización, conforme a la normativa vigente, a fin de garantizar una atención segura y digna a personas con problemas de salud mental.

En este marco, los espacios destinados a la atención de estos pacientes deberán contemplar, durante el proceso de hospitalización, las siguientes condiciones:

- a) Ubicar preferentemente a los pacientes hospitalizados en áreas de planta baja del establecimiento de salud, con el fin de facilitar el acceso a espacios al aire libre, disminuir riesgos asociados a pisos elevados, y optimizar la evacuación en situaciones de emergencia o a su vez en áreas que incorporen la seguridad pasiva necesaria conforme a lo especificado en la normativa vigente.
- b) Adecuar ambientes físicos diferenciados que incluyan áreas de observación continua, próximas al control de enfermería, así como consultorios que garanticen atención clínica segura, confidencial y adecuada para el manejo de crisis (17).
- c) Considerar entornos que permitan la privacidad, el descanso, la conservación de pertenencias personales y la recepción de visitas (11).
- d) Contar con espacios destinados a reuniones periódicas del equipo de salud mental para el análisis de casos y la toma de decisiones clínicas.
- e) Diferenciar los espacios según sexo, grupo etario y condición clínica, considerando la asignación de camas polivalentes o específicas en función de la demanda promedio del establecimiento de salud.

Nota aclaratoria:

Como parte de los enfoques de derechos, en la asignación de camas considerar criterios de género, autoidentificación étnica, condiciones de discapacidad y la necesidad de intérpretes cuando la lengua materna de la persona usuaria no sea el español.

7.1.3 Seguridad de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias

Los establecimientos de salud deberán, disponer de servicios que garanticen condiciones adecuadas de seguridad y prever las contingencias necesarias para

brindar una atención oportuna y de calidad, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Salud Mental y su Reglamento (11).

Los ambientes destinados a la atención de pacientes hospitalizados en salud mental deberán, incorporar condiciones de seguridad pasiva acorde a la complejidad de la atención, conforme a la capacidad operativa y condiciones institucionales, tales como.

- a) Medidas de seguridad orientadas a la prevención de riesgos, especialmente conductas autolesivas o heteroagresivas, garantizando un entorno seguro sin generar condiciones restrictivas innecesarias (11).
- b) Evitar la presencia de elementos que presenten riesgo en las áreas de:
 - luz y seguridad
 - señalética
 - herrajes
 - vidrios
 - baños poniendo énfasis en objetos cortantes, puntos de anclaje, materiales inflamables o estructuras que faciliten conductas suicidas o autolesivas (21).
- c) Asegurar el uso de materiales seguros, resistentes e ininflamables, así como mobiliario fijo o de bajo riesgo, acorde a estándares de seguridad en salud mental (11).
- d) Señalización clara de rutas de evacuación, salidas de emergencia accesibles y sistemas contra incendios, asegurando que estos dispositivos no sean manipulables por los pacientes (11).
- e) Facilitar la observación necesaria por parte del personal de salud, promoviendo la interacción terapéutica y la detección oportuna de riesgos que pudiesen presentarse (11).
- f) Implementar el uso de mecanismos de vigilancia, cuando la visibilidad directa sea limitada, en áreas comunes o de circulación. Su instalación y uso deberán garantizar en todo momento la confidencialidad, intimidad y dignidad de las personas, quedando expresamente prohibida en dormitorios, baños u otros espacios de uso privado (11).
- g) Las medidas de seguridad dirigidas al paciente deberán ser proporcionales, discretas y clínicamente justificadas, orientadas a mantener un ambiente terapéutico, evitando la implementación de enfoques restrictivos o de carácter custodial (11).
- h) Disponer de protocolos internos de aplicación de contención física o farmacológica en caso de que el paciente presente agitación psicomotora o comportamientos que pueden provocar daños para sí mismos o terceros.

7.1.4 Seguridad del paciente

En este apartado se busca mantener la seguridad psicológica, emocional y física de los pacientes durante su permanencia en la USMH, mediante la implementación de un entorno terapéutico estructurado, digno y respetuoso, libre de miedo, humillación, estigmatización, discriminación o trato deshumanizante; favoreciendo la alianza terapéutica, la adherencia al tratamiento, la participación activa en el plan de cuidados y el ejercicio de sus derechos, y evitando intervenciones de carácter, tomando en cuenta estas consideraciones:

- a) Priorizar una relación cercana con los pacientes, para la no estigmatización. El personal deberá, según corresponda, propiciar espacios de escucha activa, diálogo y construcción de confianza con los pacientes, evitando centrar la atención exclusivamente en la vigilancia (23).
- b) Promover la participación y responsabilidad compartida con los pacientes. Involucrarlos activamente en la elaboración de normas y acuerdos de convivencia de la unidad para fomentar su compromiso.
- c) Incorporar un enfoque orientado a la recuperación, fortaleciendo la autonomía, el empoderamiento y la participación progresiva de los pacientes en su propio cuidado (23).
- d) Evaluar regularmente el impacto de las medidas de seguridad en la dignidad y experiencia de los pacientes, incorporando su opinión y retroalimentación para mejorar las prácticas (23).

7.1.5 Talento humano de la Unidades de Salud Mental Hospitalario

El talento humano de las USMH constituye un componente esencial para la prestación de servicios de salud mental de calidad, siendo responsable de la evaluación, intervención, seguimiento y continuidad del cuidado de los pacientes.

Su conformación se fundamenta en un enfoque interdisciplinario, que garantiza el abordaje integral de las necesidades clínicas, psicológicas y sociales de los pacientes en hospitales del segundo y tercer nivel de atención. (7,11). En este sentido, el equipo estará conformado por los siguientes profesionales:

- Profesional de la salud mental en psicología con formación de tercer nivel y cuarto nivel reconocido en el campo de la salud.
- Profesional de la salud mental en medicina de cuarto nivel de posgrado académico de especialidad en psiquiatría.
- Trabajador/a social
- Enfermera/o
- Médicos general, familiar o internista (hospitales básicos).

Asimismo, y de acuerdo con la disponibilidad del establecimiento de salud, podrán incorporarse profesionales del área sanitaria que cuenten con formación de tercer nivel en medicina y especialización de cuarto nivel en campos como psiquiatría infantil, neurología infantil, neuropsicología clínica u otras áreas afines a la salud mental pediátrica, así como aquellas que determine la autoridad sanitaria nacional (11,12).

7.1.5.1 Funciones del personal de la USMH

Las funciones que se detallan a continuación tienen como propósito delimitar y estandarizar las responsabilidades del personal de salud involucrado en la USMH, organizadas según la profesión y el servicio dentro del establecimiento. Estas funciones buscan garantizar la continuidad del cuidado, la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la articulación efectiva entre las diferentes áreas requeridas dentro de la atención (17).

7.1.5.1.1. Profesional de la salud mental en psicología con formación de tercer nivel y cuarto nivel reconocido en el campo de la salud.

Consulta Externa

- Identifica, evalúa, diagnostica e interviene integralmente los problemas de salud mental, aplicando enfoques terapéuticos basados en evidencia según condición clínica.
- Realiza evaluación integral cuando corresponda y establece plan de intervención con, frecuencia y criterios de alta.
- Desarrolla terapias individuales, grupales, familiares y psicoeducativas.
- Elabora planificación mensual de actividades (terapias, talleres, otros).
- Promueve adherencia terapéutica, autocuidado y rehabilitación psicosocial.
- Registra de forma completa en historia clínica (evaluación, evolución, plan, resultados).
- Coordina interconsultas interdisciplinarias y articulación con otros servicios.
- Contrarefiere al primer nivel para continuidad del cuidado y seguimiento comunitario.
- Participa en todas las actividades requeridas dentro de salud mental de su establecimiento.

Hospitalización

- Realiza evaluación psicológica inicial y seguimiento clínico periódico.
- Implementa intervenciones intensivas orientadas a estabilización emocional y reducción de síntomas.
- Define criterios terapéuticos de corta estancia y criterios de egreso.
- Responde interconsultas de otros servicios en tiempo oportuno.
- Interviene con familia/cuidadores para contención, psicoeducación y preparación del alta.
- Registra evolución clínica y resultados de intervención.
- Coordina plan de egreso y referencia a consulta externa o primer nivel.
- Colabora en capacitación del personal en salud mental y manejo conductual.
- Capacita a profesionales de otras áreas según requerimiento presentado.

Urgencias y /o Emergencias

- Realiza intervención en crisis y Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).
- Evalúa riesgo (suicida, heteroagresividad, descompensación aguda, otras) y apoya en la toma de decisiones clínicas.
- Colabora en contención verbal, física o mecánica según protocolos y con criterios de seguridad del paciente.
- Participa en la estabilización emocional inmediata.
- Gestiona interconsulta, referencia o ingreso hospitalario.
- Registra intervención y asegura continuidad asistencial.

7.1.5.1.2. Médico/a (familiar, internista, psiquiatra)

Consulta Externa

- Realiza evaluación clínica integral (biopsicosocial) y diagnóstico.
- Indica y ajusta tratamiento farmacológico y no farmacológico según guías clínicas.
- Da seguimiento a patologías agudas y crónicas, monitorizando respuesta y efectos adversos.
- Coordina interconsultas (psicología, trabajo social, otros especialistas).
- Promueve adherencia terapéutica y educación al paciente y familia.
- Registra en historia clínica y garantiza continuidad de atención.

- Realiza contrarreferencia al primer nivel cuando corresponda.

Hospitalización

- Realiza evaluación inicial, evolución diaria y manejo integral del paciente.
- Indica tratamiento farmacológico especializado y monitorea seguridad (farmacovigilancia).
- Define criterios de ingreso, permanencia y egreso.
- Coordina manejo interdisciplinario.
- Realiza consultoría de enlace, teleinterconsulta con otros servicios.
- Elabora epicrisis, plan de egreso y referencia.
- Supervisa uso racional de medicamentos según cuadro básico nacional de medicamentos.
- Capacita a profesionales de otras áreas según requerimiento presentado.

Urgencias y/o Emergencias

- Realiza evaluación y estabilización de urgencias psiquiátricas y médicas asociadas.
- Indica tratamiento inmediato y medidas de contención según necesidad clínica.
- Define el manejo del paciente, incluyendo alta, observación o ingreso hospitalario según su condición clínica.
- Garantiza referencia o continuidad en otros niveles.
- Coordina con equipo multidisciplinario.
- Documenta la atención realizada y los eventos clínicos críticos en la historia clínica.
- Monitorea disponibilidad de fármacos de salud mental.
- Realiza Consultoría de enlace y Teleinterconsulta.
- Aplica normativas de seguridad del paciente y bioseguridad.

7.1.5.1.3. Trabajador/a social

Consulta Externa

- Realiza evaluación sociofamiliar y diagnóstico social integral, identificando factores de riesgo/protección y redes de apoyo.
- Gestiona recursos sociales y acceso a servicios institucionales y comunitarios.
- Interviene en problemáticas sociales que afectan la adherencia al tratamiento.
- Detecta y gestiona situaciones de vulneración de derechos (violencia, abandono, negligencia).
- Orienta a pacientes y familias sobre el uso de servicios, derechos y afrontamiento de la enfermedad.
- Coordina derivaciones y realiza seguimiento a casos vulnerables, garantizando la continuidad del cuidado.
- Registra el informe social y plan de intervención.

Hospitalización

- Evalúa la situación sociofamiliar e interviene en crisis sociales durante la estancia hospitalaria.

- Participa en la planificación del alta segura, identificando y gestionando barreras sociales que prolonguen la hospitalización.
- Gestiona recursos y coordina la continuidad del cuidado mediante referencia y contrarreferencia.
- Identifica familiares o redes de apoyo; en su ausencia, activa rutas de protección y acogimiento institucional.
- Apoya en la toma de decisiones en pacientes sin soporte familiar y facilita red de apoyo como medida terapéutica cuando corresponda.
- Elabora informes sociales.
- Capacita a profesionales de otras áreas según requerimiento presentado.

Urgencias y/o Emergencias

- Realiza evaluación social breve e intervención en crisis.
- Identifica y gestiona red de apoyo o localización de familiares.
- Activa rutas de protección en casos de violencia, abandono o riesgo social.
- Apoya en la toma de decisiones y coordina la continuidad del cuidado posterior.

7.1.5.1.4. Enfermero/a

Consulta Externa

- Realiza valoración inicial (signos vitales, estado general).
- Ejecuta intervenciones indicadas y educación al paciente.
- Refuerza adherencia terapéutica.
- Participa en programas de seguimiento.
- Registra atención de enfermería.

Hospitalización

- Dirige y coordina el cuidado integral continuo.
- Administra tratamiento y monitorea respuesta clínica.
- Detecta signos de alarma y eventos adversos.
- Implementa medidas de seguridad (caídas, contención, infecciones).
- Educa a paciente y familia.
- Registra evolución de enfermería.
- Coordina con el equipo interdisciplinario.
- Capacita a profesionales de otras áreas según requerimiento presentado.

Urgencias y/o Emergencias

- Aplica triaje y priorización.
- Monitorea estado clínico continuo.
- Ejecuta intervenciones inmediatas (medicación, accesos, soporte).
- Apoya en reanimación y contención.
- Registra intervenciones y tiempos de atención

7.2 Prestaciones de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en las áreas de emergencia y/o urgencias, hospitalización y consulta externa

El presente apartado establece la organización operativa de las Unidades de Salud Mental Hospitalaria (USMH) en los hospitales, en el marco de su funcionamiento en

los servicios de urgencias/emergencias, hospitalización y consulta externa, conforme a la complejidad y requerimientos de atención en salud mental (9,10).

7.2.1 Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en el servicio de emergencia y/o urgencias

En el ámbito de la salud mental, una urgencia se define como aquella situación clínica que requiere atención oportuna debido a la presencia de síntomas que generan malestar significativo o riesgo potencial, sin comprometer de manera inmediata la vida del paciente o de terceros.

Por su parte, la emergencia corresponde a un estado de mayor gravedad, caracterizado por un riesgo inminente para la vida, la integridad del paciente o de otras personas; lo que demanda una intervención inmediata en tanto en Urgencias y/o Emergencias (18).

En este contexto el servicio denominado Emergencia y/o Urgencia en salud mental está concebido para recibir y abordar todos aquellos casos que, debido a su naturaleza aguda, la intensidad de los síntomas o el riesgo potencial que implican, conforme al triage establecido (anexo 1), no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención o de manera ambulatoria (7).

El servicio de Emergencia y/o Urgencia está destinado a la atención de pacientes que presentan descompensaciones graves como agitación psicomotora, conductas de riesgo (autolesiones, intento suicida, auto / heteroagresión), así como a aquellos que requieren intervención inmediata por representar condiciones de riesgo para su vida en torno a su salud mental.

El servicio del establecimiento, conforme a su organización interna, deberá garantizar la provisión continua y permanente de cuidados y el monitoreo integral del paciente.

7.2.1.1 Consideraciones generales de la USMH en el Servicio de Urgencias y /o Emergencias

En el marco de los criterios generales de atención en el servicio de Emergencia y/o Urgencia, se determinan las siguientes consideraciones técnicas y clínicas a ser tomadas en cuenta:

- Ante la ausencia de un referente familiar, el servicio de Trabajo Social, deberá coordinar el acogimiento institucional pertinente con la Autoridad de Inclusión Social, o con las entidades correspondientes (11)
- Aplicación del Formulario 008 deberá llenar los datos de la persona tales como: registros de admisión, inicio de la atención, condiciones físicas en riesgo, antecedentes patológicos personales y familiares, enfermedad o problema actual (19).
- Las crisis presentadas en el paciente deberán ser contenidas de manera escalonada, para lo cual la USMH deberá elaborar los protocolos específicos a ser aplicados en el establecimiento de salud (4).
- El servicio del establecimiento, conforme a su organización interna, deberá garantizar la provisión continua y permanente de cuidados y el monitoreo integral del paciente.

7.2.1.2 Criterios de inclusión en el servicio de Urgencias y /o Emergencias

Pacientes con trastornos mentales que presentan sintomatología aguda o descompensaciones clínicas que implican riesgo inminente o potencial para sí mismos o para terceros, y que requieren valoración e intervención inmediata en el servicio de Emergencia y/o Urgencia, tales como:

- Trastornos mentales que no puedan ser resueltos en primer nivel de atención y que por las características del cuadro clínico representen una Emergencia y/o Urgencia que ameriten atención.
- Cuadros clínicos que por la intensidad de los síntomas al paciente o familiares les resulte imposible controlar y ponga en riesgo la vida del paciente, la de los demás o el entorno, aunque no hayan sido atendidos en el primer nivel de atención.
- Persona que no presenta antecedentes de trastornos de salud mental, pero que atraviesa una crisis emocional o una descompensación aguda, originada por un evento altamente estresante que excede su capacidad de afrontamiento y de sus redes de apoyo.
- Personas cuyos cuadros clínicos asociados al consumo de alcohol o drogas que requieran manejo hospitalario especializado, conforme la severidad del estado clínico y psicosocial.
- Persona que ha intentado suicidarse o tiene ideación suicida con indicadores de alto riesgo.
- Persona que, en el contexto de una enfermedad médica aguda, manifiesta alteraciones conductuales importantes o síntomas psiquiátricos severos, como ocurre en estados confusionales agudos u otros cuadros asociados a afectación del funcionamiento cerebral.
- Persona con un trastorno conductual grave cuya causa aún no se ha logrado identificar.
- En los hospitales de especialidad gineco-obstétrica, el ingreso se realizará conforme a la indicación clínica; en el caso de que se identifique la presencia simultánea de un cuadro agudo de salud mental, este será manejado de forma integrada.

7.2.1.3 Criterios de exclusión en el servicio de Urgencias y /o Emergencias

Dentro de los criterios de exclusión en el servicio de emergencia y/o urgencia se contemplan aquellos casos que, tras la valoración clínica, no requieren atención inmediata en este nivel, de acuerdo con su condición y nivel de complejidad, los cuales se detallan a continuación:

- Personas con trastornos mentales que no evidencian sintomatología aguda ni descompensación clínica, y que no presentan riesgo inminente o potencial para sí mismas o para terceros.
- Usuarios cuya condición de salud mental requiera su atención únicamente bajo la modalidad ambulatoria.
- Casos que presentan sintomatología leve o problemáticas psicosociales, que no ameritan intervención inmediata, contención especializada ni vigilancia continua.
- Pacientes cuyo ingreso haya sido principalmente por patologías orgánicas y que, por algún evento dentro de su diagnóstico inicial, haya desarrollado una condición psicológica, la misma que no representa una situación de riesgo

inminente para su integridad y que requerirá intervención de salud mental por el servicio de consulta externa.

7.2.2 Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en el servicio de Hospitalización

Las USMH dentro del servicio de hospitalización corresponde la intervención a personas con trastornos mentales que requieren manejo intrahospitalario debido a su condición clínica, al riesgo que representan para sí mismos o para terceros, o a la necesidad de intervenciones que no pueden ser brindadas en el ámbito ambulatorio (7, 9).

Este nivel de atención permite la vigilancia clínica continua, la administración de tratamiento farmacológico especializado y la implementación de intervenciones terapéuticas integrales, orientadas a la estabilización del cuadro agudo y a la reducción de riesgos asociados dentro de una fase de hospitalización.

7.2.2.1 Consideraciones generales de la USMH en el servicio de hospitalización

A continuación, se detallarán las consideraciones que se deben tomar en cuenta sobre las acciones a ser provistas en torno a la atención de pacientes de salud mental en la hospitalización:

- Considerar las medidas de seguridad en espacios controlados de personal de salud, y bajo vigilancia en casos de alto riesgo.
- Las intervenciones deben ser breves y de contención, para que el paciente continúe con un plan psicoterapéutico ambulatorio, de acuerdo al nivel de atención requerido por el paciente.
- La hospitalización será de corta o mediana estancia según la evaluación del cuadro clínico, teniendo en consideración que hasta un máximo de 21 días se considerará internación de corta estancia. En casos excepcionales y con la debida justificación clínica y revaloración periódica se pudiera extender hasta 45 días. Durante este periodo se incluye la referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.
- Las intervenciones en cada uno de los pacientes deben tener las valoraciones de todo el equipo de profesionales de la USMH, tales como psiquiatría, psicología, enfermería o los demás profesionales que sean parte de esta unidad, como trabajo social, y otras especialidades médicas según requiera el caso (11).
- La contención física y farmacológica se aplicará únicamente cuando sea estrictamente necesario, de acuerdo con el protocolo de manejo de agitación psicomotora establecido por el establecimiento de salud, priorizando en todo momento medidas terapéuticas no restrictivas (4,13).
- De conformidad con la normativa vigente, durante la hospitalización en las USMH se utilizarán los Formularios de Hospitalización / Anamnesis y Examen Físico (003) al ingreso, Formulario de Evolución y Prescripciones (005) para todas las evoluciones clínicas diarias y el formulario de Psicología Clínica (121) para evaluación de psicología.
- Se deberá permitir el acompañamiento de las redes familiares durante las intervenciones, a fin de promover la educación sobre la enfermedad y el plan de intervención (11).
- Ante la ausencia de un referente familiar, considerando la complejidad de los pacientes atendidos en la USMH, el profesional de Trabajo Social gestionará la identificación de familiares o redes de apoyo; y, de no existir, activará la

coordinación interinstitucional con entidades competentes de inclusión y acogimiento, para la localización de responsables legales y la adopción de medidas de protección, a fin de asegurar la continuidad del cuidado y evitar la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria sin indicación clínica.

- Cuando la condición clínica de un paciente hospitalizado lo requiera, la USMH podrá permitir la presencia de una persona de confianza del paciente como apoyo terapéutico preventivo, orientado a favorecer su estabilización emocional y reducir la necesidad de aplicación de medidas restrictivas.
- Se deberá adecuar las camas polivalentes, así como los espacios y entornos de las áreas de internación, a fin de garantizar condiciones de seguridad y de intervención clínica acordes a las necesidades de salud mental del paciente que será internado.

7.2.2.2 Criterio de inclusión en el servicio de hospitalización

Dentro de los criterios de inclusión se encuentran los pacientes con trastornos mentales cuya sintomatología, ya sea en forma aguda o crónica, requieren intervenciones continuas y prolongadas, tales como:

- Crisis o episodios agudos caracterizados por síntomas severos como conducta suicida, agitación psicomotora intensa o deterioro significativo del estado mental que representan un riesgo inmediato para el paciente o para terceros.
- Pacientes atendidos en emergencia o consulta externa que no se lograron estabilizar y que después de la valoración por el especialista se determinó la necesidad de ingreso.
- Descompensación de trastornos con episodios psicóticos agudos con alucinaciones, delirios o comportamiento desorganizado grave, sin causa orgánica comprobada.
- Episodios agudos de alteración del pensamiento y la percepción, de semiología psiquiátrica, con compromiso importante del estado mental y sin evidencia de una causa médica que los explique.
- Síndrome de Abstinencia severa a sustancias psicoactivas bajo complicaciones psiquiátricas. agitación, confusión, alucinaciones, sudoración.
- Trastornos de la conducta alimentaria con riesgo vital como desnutrición severa.
- Necesidad de ajuste farmacológico en pacientes con resistencia al tratamiento ambulatorio o efectos adversos graves.

7.2.2.3 Criterios de exclusión en el servicio de hospitalización

En el servicio de hospitalización, se establecen criterios de exclusión para aquellos casos que, con base en la valoración clínica y la complejidad del caso, no requieren ingreso hospitalario, los cuales se describen a continuación.

- Pacientes que no requieren vigilancia intrahospitalaria continua ni intervenciones intensivas, cuya condición puede ser manejada en el servicio ambulatorio intensivo del primer nivel de atención (11)
- Personas con trastornos mentales clínicamente compensados o estables, sin evidencia de descompensación aguda, riesgo inminente ni criterios de gravedad, susceptibles de manejo seguro en el ámbito ambulatorio (11)
- Casos que presentan sintomatología leve a moderada o problemáticas psicosociales, que no ameritan intervención intensiva ni monitoreo continuo,

y que su seguimiento deba ser intervenido en el servicio de consulta externa del hospital.

7.2.3 Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en el servicio de Consulta Externa

Las Unidades de Salud Mental Hospitalarias, en el ámbito del servicio de consulta externa, proporcionan atención ambulatoria especializada dirigida a personas con trastornos mentales que no cumplen criterios de urgencia, emergencia ni requieren manejo intrahospitalario (9).

7.2.3.1 Consideraciones generales de consulta externa de las USMH

En el marco de los criterios generales de atención en el servicio de Consulta Externa, se determinan las siguientes consideraciones técnicas y clínicas a ser tomadas en cuenta:

- Las intervenciones dentro de la consulta externa pueden ser individuales, grupales y familiares de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- El tiempo mínimo de atención para la primera consulta serán de 60 minutos y la subsecuente de 45 minutos, para psicología y psiquiatría.
- Los pacientes dados de alta en hospitalización deberán contar con seguimiento en consulta externa con el profesional de salud mental, a fin de garantizar la continuidad del cuidado y, de ser pertinente, realizar la contrareferencia al primer nivel de atención para el manejo ambulatorio.

7.2.3.2 Criterios de inclusión en el servicio de Consulta Externa

Personas cuya condición de salud mental permite su abordaje en modalidad ambulatoria, requiriendo evaluación, tratamiento y seguimiento en consulta externa, tales como:

- Pacientes con alteraciones emocionales o conductuales que afectan su calidad de vida, pero que no requieren internación hospitalaria; así como aquellos mismos casos de salud mental en los que se presenta comorbilidad médica crónica identificada mediante interconsulta, cuyo manejo especializado debe realizarse de forma ambulatoria para garantizar la integralidad del tratamiento (9).

7.2.3.3 Criterios de exclusión en el servicio de consulta externa

Pacientes que, tras la valoración clínica, no requieren seguimiento especializado en salud mental en consulta externa, tales como:

- Pacientes que se encuentren clínicamente compensados, es decir, aquellos que han alcanzado una estabilización adecuada mediante intervenciones iniciales y cuyo seguimiento puede continuar en el primer nivel de atención.
- Pacientes que requieren hospitalización inmediata, en cuyo caso se activa el protocolo de internamiento y se procede a su derivación al servicio correspondiente (10).
- Pacientes con cuadros agudos que requieren atención en el servicio de emergencias y/o urgencias

7.3 Modalidades de apoyo especializado de las USMH en teleinterconsulta y o consultoría de enlace

Los profesionales de la USMH brindan acompañamiento a los servicios de salud mental, fortaleciendo el abordaje presencial o telemático dentro de los casos clínicos mediante asesoramiento especializado, a través de dos modalidades de apoyo técnico y clínico como son: la teleinterconsulta y la supervisión o consultoría de enlace.

7.3.1 Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en la modalidad de Teleinterconsulta

La teleinterconsulta en salud mental constituye una modalidad de apoyo especializado que se realiza de manera virtual mediante Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Se establece como un mecanismo formal de articulación entre el equipo de salud de la unidad requirente y el profesional especializado (por ejemplo, psiquiatría o psicología), con el objetivo de fortalecer la atención clínica del primer nivel, sin requerir el traslado físico del profesional (8,11).

Esta modalidad contribuye a disminuir brechas derivadas de limitaciones geográficas y de disponibilidad de talento humano. Permite la provisión de atención a distancia, en la que un profesional de salud ofrece soporte técnico y clínico a otro profesional para garantizar la atención integral de los pacientes, abarcando promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda (8).

La teleinterconsulta no sustituye la atención presencial, sino que la complementa y permite que el equipo tratante de servicio requirente tome decisiones clínicas claras y con base en orientaciones especializadas recibidas en tiempo real.

Un escenario frecuente para la aplicación de la teleinterconsulta corresponde a la atención en salud mental en el primer nivel, tanto básicos como los Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI). En estos servicios, generalmente no se dispone de profesionales en psiquiatría de forma permanente, siendo los médicos familiares quienes realizan el abordaje clínico inicial y el manejo médico de los casos.

7.3.1.1 Consideraciones de la modalidad de Teleinterconsulta en salud mental de las USMH

La modalidad se activará a partir de una necesidad técnica o clínica identificada por un profesional de salud mental, cuando requiera el acompañamiento y criterio de uno de los profesionales de la USMH para la evaluación, diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente atendido en el servicio.

El responsable del servicio requirente será el encargado de organizar la logística de la conexión virtual para la teleinterconsulta deberá gestionarse a través de los canales institucionales y la organización territorial establecida, desde la unidad requirente hacia la USMH del hospital de referencia más cercano, asegurando un proceso formal, oportuno y sustentado en la necesidad técnico-clínica, particularmente en casos de mayor complejidad en salud mental, comorbilidad médica asociada, sospecha de trastornos mentales o del comportamiento, dificultades en la adherencia terapéutica, requerimientos de ajuste farmacológico o definición de criterios de referencia, contrarreferencia y continuidad del cuidado. (anexo 9).

Mediante referencia, contrarreferencia. Los dos profesionales intervinientes deberán registrar la atención brindada en los sistemas o plataformas institucionales correspondientes de cada establecimiento de salud del que son parte.

7.3.2 Intervención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias en la modalidad de Consultoría de Enlace

La consultoría o supervisión de enlace es una modalidad de apoyo mediante la cual un profesional especializado en salud mental proporciona asesoramiento, orientación y soporte técnico y clínico a otros profesionales que lo solicitan (11).

Esta modalidad incluye el desplazamiento presencial del profesional de la USMH hacia el establecimiento de salud requirente, con el objetivo de brindar asesoramiento técnico en la resolución de problemas clínicos y fortalecer la capacidad resolutive del equipo de atención.

7.3.2.1 Consideraciones de la modalidad de Consultoría de Enlace de las USMH

La consultoría de enlace se activará a partir de una necesidad técnica o clínica identificada por el área o servicio requirente de salud mental de cualquier nivel de atención, cuando se necesite el acompañamiento presencial o virtual de un profesional de la USMH, con el propósito de fortalecer las capacidades clínicas del personal, mejorar la resolución local de casos sin necesidad de hospitalización, promover la atención comunitaria y ambulatoria, garantizándola prevención de recaídas.

La red o microred de salud mental de la Dirección Provincial del MSP, o en su defecto el servicio requirente, será responsable de planificar, gestionar y coordinar la consultoría de enlace mediante los canales institucionales establecidos, articulando de manera formal entre la USMH del establecimiento de salud de referencia y el servicio requirente.

La coordinación deberá asegurar la programación oportuna de las consultorías, definiendo el número, frecuencia y alcance de las intervenciones en función de las necesidades técnicas o clínicas identificadas. Asimismo, deberá garantizar la liberación de agenda del personal involucrado durante el tiempo destinado a la consultoría, evitando el agendamiento de pacientes en ese horario, y asegurando una ejecución organizada, continua y acorde a la capacidad operativa de los servicios participantes.

La intervención de consultoría de enlace priorizará el desplazamiento presencial del profesional especializado de la USMH hacia el establecimiento de salud solicitante, en función de la complejidad del caso o de las necesidades del servicio, favoreciendo la atención directa en territorio.

En situaciones en las que el desplazamiento no sea factible, la intervención podrá realizarse en modalidad virtual, previa coordinación técnica y logística entre los equipos involucrados, garantizando la disponibilidad de los profesionales participantes, el acceso a la información clínica pertinente y las condiciones operativas necesarias para el adecuado desarrollo de la actividad.

El responsable del servicio requirente organizará la actividad bajo una agenda técnica estructurada, que incluya tales como: análisis de casos prioritarios, asesoramiento en criterios de referencia de pacientes a la USMH para mejorar la

articulación de la red provincial, fortalecimiento técnico de las competencias profesionales a través de la capacitación.

7.4 Seguimiento clínico e interconsultas en las USMH

En todos los pacientes que formen parte de la atención de la USMH, se deberá realizar el seguimiento clínico conforme la necesidad prevista del caso, en función de su condición clínica, nivel de riesgo, adherencia al tratamiento, disponibilidad de redes de apoyo y determinantes sociales que puedan influir en su evolución.

El seguimiento podrá incluir controles periódicos presenciales o telemáticos, coordinación con los equipos de salud del primer nivel de atención, acompañamiento técnico a los profesionales responsables del caso, monitoreo del cumplimiento terapéutico y activación de mecanismos de respuesta oportuna ante signos de recaída o descompensación.

La continuidad del cuidado se gestionará mediante procesos de referencia, contrarreferencia, autorreferencia, referencia inversa o derivación, siendo la USMH quien asegure el seguimiento clínico y monitoreo de los pacientes posterior a su egreso o retorno a establecimientos de menor complejidad.

El cierre del seguimiento por parte de la USMH se realizará únicamente cuando se evidencie la estabilidad clínica del paciente, la continuidad efectiva de la atención en la red de servicios correspondiente y la disminución de los factores de riesgo que motivaron la intervención especializada.

La interconsulta en salud mental será realizada por la USMH, a solicitud del médico tratante responsable del paciente. Esta deberá estar debidamente justificada con información clínica completa que sustente la necesidad de la evaluación, incluyendo información clínica integral del paciente que permita una adecuada valoración de su condición de salud.

La interconsulta en salud mental se activará ante la sospecha o confirmación de trastornos mentales, así como en casos de consumo o posible uso de sustancias psicotrópicas. También deberá solicitarse en pacientes que presenten agitación psicomotora, alteraciones conductuales o riesgo suicida, dado el potencial compromiso de su seguridad y la de terceros.

La interconsulta en salud mental se solicitará cuando el paciente requiera valoración por psiquiatría o psicología, previa coordinación con el médico tratante, o cuando exista rechazo a procedimientos médicos o quirúrgicos que requieran evaluar su capacidad de decisión. También se considerará en pacientes con alto riesgo orgánico, con el fin de fortalecer un abordaje integral de su condición de salud.

Asimismo, se incluirán pacientes con enfermedades crónicas o en procesos clínicos que puedan afectar su estado emocional, como cirugías, amputaciones o condiciones que impliquen cambios importantes en su estilo de vida. Esto abarca enfermedades como cáncer, enfermedad cerebrovascular, tuberculosis, VIH/SIDA, insuficiencia renal o hepática, diabetes mellitus o hipertensión arterial mal controlada, así como situaciones como pérdidas gestacionales o patologías pediátricas graves que impacten significativamente la dinámica familiar de la persona.

7.5 Medicamentos en salud mental por nivel de atención de las USMH

Este apartado define la disponibilidad mínima y racional de psicofármacos, garantizando que la USMH cuente con todo lo necesario para estabilización hospitalaria tanto en el II y III nivel de atención (9,19), siendo estos:

- *Segundo Nivel (Hospital Básico/General):* Fluoxetina, Amitriptilina, Sertralina, Diazepam, Alprazolam, Lorazepam, Carbamazepina, Ácido Valproico, Lamotrigina, Gabapentina, Carbonato de Litio, Clonazepam, Biperideno, Levomepromazina, Haloperidol, Decanoato de Haloperidol, Quetiapina, Risperidona y aquellos que se incluyan dentro del CNBM vigente.
- *Tercer Nivel (Hospital Especializado/de Especialidades):* Todos los del segundo nivel + presentaciones de mayor potencia o formulaciones inyectables (Decanoato de Haloperidol, Risperidona, Quetiapina, Carbonato de Litio, Ácido Valproico, Lamotrigina, Clonazepam, Levomepromazina) y aquellos que se incluyan dentro del CNBM vigente.

7.6 Registro de atenciones médicas dentro de las diferentes plataformas

Frente a la creciente demanda de servicios de salud y el avance tecnológico, el Ministerio de Salud Pública impulsa el desarrollo e implementación de plataformas de registro oficiales, las cuales estén orientadas a mejorar el acceso y la calidad de la atención integral.

Estos sistemas buscan garantizar la interoperabilidad y estándares internacionales para el intercambio electrónico seguro de información clínica, registrando la información de las atenciones realizadas en los establecimientos de salud (20).

En este sentido, se establecen procedimientos estandarizados para el registro, la notificación y el almacenamiento tanto de formularios físicos como de registros digitales, los cuales deben integrarse de manera coordinada en todos los niveles de atención (20).

Se debe tomar en cuenta la estandarización de formatos donde todos los formularios y registros deberán cumplir con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Adicionalmente, a fin de garantizar el registro adecuado y oportuno de la información, los profesionales deberán documentar las atenciones en los sistemas y herramientas institucionales vigentes, así como en los formularios oficiales autorizados por el MSP, tales como:

- a) Plataformas digitales institucionales como PRAS, RDACCA u otros sistemas informáticos propios del establecimiento de salud.
- b) Servicio de emergencia: formulario 008 físico o digital (anexo 2).
- c) Servicio de Hospitalización: registro interno del hospital de visita a sala además de los registros que forman parte de la Historia Clínica Única del paciente (HCU) con los siguientes formularios:
 - Formulario 003 → Formulario de anamnesis (anexo 3).
 - Formulario 005 → Formulario de Evolución y Prescripción (anexo 4).
 - Formulario 007 → Formulario de Interconsultas (anexo 5).

- Formulario 022 → Formulario de administración de medicamentos (anexo 6).
- Formulario 053 → Referencia, Derivación y Contrareferencia (anexo 7).
- Formulario 121 → Uso en el área de psicología (anexo 8).

8. Abreviaturas

ACESS: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud.

CUP: Código Único de Proyecto.

HCU: Historia Clínica Única.

MAIS. Modelo de Atención Integral de Salud.

MDH: Ministerio de Desarrollo Humano.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PRAS: Plataforma de Registro de Atención en Salud.

RDACAA: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias.

SAI: Servicios Ambulatorios Intensivos.

SNP: Secretaría Nacional de Planificación.

TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación.

USMH: Unidad de Salud Mental Hospitalaria.

9. Referencias

- 1) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental de las Américas 2020 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327197>
- 2) Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2013-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: [Añadir URL si corresponde]
- 3) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias [Internet]. Quito: MSP; 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-unidades-de-salud-mental-hospitalaria.pdf>
- 4) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Operativos para las Unidades de intervención en Crisis [Internet]. Quito: MSP; 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-unidades-de-intervencion-en-crisis.pdf>
- 5) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>
- 6) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento para Establecer la Tipología de los Establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial No. 248 [Internet]. Quito: MSP; 2020. Disponible en: <http://www.acesgob.ec/wp-content/uploads/2022> (Nota: URL incompleta en el texto original, verificar enlace final).
- 7) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural [Internet]. Quito: MSP; [año]

- desconocido]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- 8) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Telesalud. Registro Oficial [Internet]. Quito: MSP; 2025. Disponible en: <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2025/11/Norma-Tecnica-de-Telesalud.pdf>
 - 9) Organización Panamericana de la Salud. Desinstitucionalización de la Atención Psiquiátrica en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf
 - 10) Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Dirección de Salud Mental Comunitaria Municipio de Tandil, Secretaría de Salud Mental y Adicciones Pcia Córdoba. Abordaje de la Salud Mental en Hospitales Generales [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2018. Disponible en: <https://iah.msar.gov.ar/doc/Documento226.pdf>
 - 11) Presidencia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo 465: Reglamento a la Ley Orgánica de Salud Mental. Registro Oficial [Internet]. Quito: Presidencia de la República; 2024. Disponible en: https://strapi.lexis.com.ec/uploads/DE_465_20241023123355_20241023123436_556e4e0ef3.pdf
 - 12) Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud Mental. Registro Oficial No. 471 [Internet]. Quito: Asamblea Nacional; 2024. Disponible en: <https://asobanca.org.ec/wp-content/uploads/2024/01/R-O-Ley-Organica-de-Salud-Mental-1.pdf>
 - 13) Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro. Protocolo de Manejo de la Agitación Psicomotriz en Centro de Atención Ambulatoria Especializado San Lázaro. Quito: MSP; [año desconocido].
 - 14) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y Tratamiento del Episodio Depresivo y del Trastorno Depresivo Recurrente en Adultos. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Quito: MSP; [2018?]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf
 - 15) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud mental hospitalarios: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56331/9789275325964_spa.pdf
 - 16) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Operativos para Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas [Internet]. Quito: MSP; 2025. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/06/Lineamiento_CETAD_oficializacion_signed-signed-signed-signed-signed-signed-signed-signed-signed-signed-signed.pdf
 - 17) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. Quito: MSP; 2013. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf
 - 18) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento para Establecer la Tipología de Los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial No. 248 [Internet]. Quito: MSP; 2020. Disponible en:

- http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO-MINISTERIAL-30-2020-REGLAMENTO-PARA-ESTABLECER-LA-TIPOLOGIA-DE-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-DEL-SISTEMA.pdf
- 19) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Operativos para la Supervisión de los Servicios de Salud Mental en los Establecimientos del Ministerio de Salud Pública. Quito: MSP; 2017.
 - 20) Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS). Quito: MSP; 2017.
 - 21) LHA Trust Funds. Environmental Program Service Mental Health Guide [Internet]. Louisiana (USA): LHA Trust Funds; [citado 28 may 2026]. Disponible en: [Añadir URL exacta]
 - 22) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 28 may 2026]. Disponible en: [Añadir URL exacta]
 - 23) Slemon A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice [Internet]. Nurs Inq. 2017;24(4):e12199 [citado 28 may 2026]. Disponible en: [Añadir URL exacta]
 - 24) Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 28 may 2026]. Disponible en: [Añadir URL exacta]
 - 25) Hospital San Pablo de Coquimbo. Protocolo de contención de usuario con agitación psicomotora [Internet]. Coquimbo: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente; 2021 [citado 28 may 2026]. Disponible en: [Añadir URL exacta]
 - 26) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2004 [citado 28 may 2026]. Disponible en: [Añadir URL exacta]
 - 27) Londoño Jaramillo N, Castaño Jaramillo PA, Montoya D, Ruiz C. Protocolo de telemedicina para la consulta psiquiátrica [Internet]. Rev Ing Biomédica. 2009;3(5):43–49. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622009000100008

10. Anexos

Anexo 1. Modelo de triage combinado para la atención de urgencias y/emergencias

Prioridad	Tiempo de Atención Recomendado	Criterios de inclusión
1	Inmediata (0-5 minutos)	- Intento suicida - Crisis de agitación psicomotora con conducta auto y/o heteroagresiva. - Cambios en el estado mental: <i>síndrome confusional agudo (delirium)*</i>. - Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria. - <i>Síndrome neuroléptico maligno*</i>
2	Urgente (5-10 minutos)	- Sobredosis sin depresión respiratoria. - Paciente con <i>alteraciones en las sensopercepciones*</i> - <i>Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol*</i>. - <i>Ideación suicida activa*</i>. - Pacientes con <i>ataque de pánico*</i>. - Pacientes con reagudización de su cuadro psicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora. - Cuadro de demencia con conducta psicótica.
3	Prioritario (10-60 minutos)	- Signos y síntomas de depresión moderada o grave - Crisis de ansiedad o disociativas - Paciente con trastorno psiquiátrico conocido que solicita ayuda, sin alteración conductual o síntomas psicóticos agudos. - <i>Ideación suicida pasiva*</i>. - <i>Reacción a estrés agudo*</i> y <i>estrés postraumático*</i>
4	Poco urgente (1-2 horas)	- Enfermedades crónicas clínicamente estables con angustia moderada - Paciente irritable pero cooperador. - Ideación suicida
5	No urgente (2-4 horas)	- Ninguna agitación, cooperador, comunicativo, capaz de seguir un plan de tratamiento. - Paciente conocido por el establecimiento de salud con síntomas crónicos. - Paciente simulador - Paciente que acude con familiares

Tomado de: Equipo Redactor del Manual de Funcionamiento de Servicios y Establecimientos de Salud Mental y delegados del Hospital Especializado Julio Endara, Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro y Hospital Eugenio Espejo.

Anexo 4. Formulario 005 Evolución y Prescripciones

[illegible]

SNS-MSP / HCU-form.005/2021

EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (1)

Tomado de: Acuerdo Ministerial 00115 del Ministerio de Salud Pública

Anexo 6. Ficha 022 Administración de medicamentos

[illegible]

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)

Tomado de: Acuerdo Ministerial 00115 del Ministerio de Salud Pública

Anexo 7. Formulario 053 Referencia, Derivación y Contrareferencia

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO					
		2226											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
											H	D	M
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO							
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.							
						3. Falta de equipamiento.							
						4. Equipos en mal estado.							
						5. Problemas de infraestructura.							
						6. Problemas de abastecimiento.							
						7. Insuficiencia de profesionales.							
						8. Inadecuada capacidad resolutiva.							
						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD

C. RESUMEN CLÍNICO											

E. DIAGNÓSTICO											
		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF						
1.					4.						
2.					5.						
3.					6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
		FIRMA	SELLO	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO			DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO		
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO											

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS											

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS											

F. DIAGNÓSTICO											
		PRE-PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF						
1.					4.						
2.					5.						
3.					6.						

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE											

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

Tomado de: Acuerdo Ministerial 00115 del Ministerio de Salud Pública

Anexo 8. Formulario 121 psicología

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD (AÑOS)	
B. MOTIVO DE CONSULTA						
C. DEMANDA ACTUAL / ENFERMEDAD ACTUAL						
				EMBARAZO	SI	NO
D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES						
DATOS CLÍNICO-QUIRÚRGICOS, OBSTÉTRICOS, ALÉRGICOS RELEVANTES						
1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. ENDOCRINO METABÓLICO	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL
8. ENF. INFECCIOSA	9. MALFORMACIÓN	10. OTRO				
E. HABITOS						
1. ALCOHOL	2. DROGAS	3. TABACO	4. ALIMENTACIÓN	5. SUEÑO	6. OTROS	
F. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES						
G. GENOGRAMA						
SIMBOLOGÍA RELACIONES INTERPERSONALES 			ABREVIATURAS IAM: INFARTO HTA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL DM: DIABETES CA: CÁNCER EP: EPILEPSIA TB: TUBERCULOSIS AS: ASMA TA: TABAQUISMO AL: ALCOHOLISMO DD: DROGO DEPENDIENTE DC: DISCAPACIDAD MG: MIGRANTE EM: EMBARAZO X: FALLECIDO			

SNS-MSP/HCU-form.121/2021

PSICOLOGÍA CLÍNICA (1)

Tomado de: Acuerdo Ministerial 00115 del Ministerio de Salud Pública

Anexo 9. Protocolo de teleinterconsulta psiquiátrica

Protocolo de teleinterconsulta psiquiátrica

El protocolo desarrollado para la **teleinterconsulta** en telepsiquiatría comprende los siguientes pasos:

- Introducir al paciente en el procedimiento y obtener consentimiento informado: el médico de atención primaria (por su interacción directa con el paciente) debe explicarle el procedimiento a seguir para realizar la consulta bajo la modalidad de telepsiquiatría, con sus beneficios y limitaciones. Si el paciente está de acuerdo con el procedimiento, se procede a firmar el consentimiento informado.
- Recolección de información inicial, diligenciar entrevistas neuropsiquiátricas y establecer contacto: el médico de atención primaria se encarga de ingresar la información del paciente en la aplicación web. Esta comprende la información demográfica, el motivo de consulta, los antecedentes de relevancia médica y la realización de entrevistas de evaluación neuropsiquiátrica. Una vez ingresada toda la información del paciente, el médico de atención primaria remite al paciente en el sistema a uno de los médicos psiquiatras asesores o de atención secundaria disponibles.
- Revisión de historia clínica y entrevistas: el psiquiatra asesor, al acceder al sistema, observa los pacientes que le han sido remitidos y revisa toda la información antes de realizar la teleinterconsulta a través de videoconsulta. Una vez toda la información haya sido examinada por el psiquiatra asesor, se puede iniciar la videoconsulta para realizar la teleinterconsulta de soporte.
- Establecer videoconsulta de soporte y discusión de tratamiento: el médico consultor debe presentar al paciente al psiquiatra asesor haciendo una breve introducción. Este es un paso importante en la consulta, toma poco tiempo y mejora la aceptación de la teleinterconsulta por parte del paciente. El médico de atención primaria debe presentar el caso de forma resumida, pero sin omitir detalles importantes, y expresar su opinión sobre el caso. El psiquiatra asesor procede a realizar la consulta similar a la realizada en forma tradicional, haciendo las preguntas y observaciones que crea pertinentes, ingresando la información en la aplicación, que luego será revisada y discutida junto con el médico de atención primaria.
- Completar información clínica: el médico de atención primaria ingresa la información clínica relacionada con el diagnóstico definido, informa al paciente y se encarga de realizar el tratamiento. Debe definirse el seguimiento al tratamiento del paciente (próxima consulta en caso de ser necesaria) para evaluar la evolución del paciente.
- Evaluar la aplicación: una vez finalizado el procedimiento, se procede a realizar una encuesta de satisfacción para el paciente y una para el personal médico, con el fin de lograr una realimentación del proceso, obtener una idea desde el punto de vista funcional y mejorar la aplicación de acuerdo con las expectativas de los usuarios

Tomado de: Londoño Jaramillo N, Castaño Jaramillo PA, Montoya D, Ruiz C. Protocolo de telemedicina para la consulta psiquiátrica. Rev Ing Biomédica. 2009;3(5):43-49.

	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Aprobado	Ing. Álvaro Adrián Molina Galarraga	Viceministro de Gobernanza de la Salud	
	Mgs. Romel Leonardo González Orlando	Viceministro de Atención Integral en Salud (E)	
Revisado	Econ. Frecia Victoria Plaza de la Rosa	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	
	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez,	Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.	
	Mgs. Hugo Enrique Armendariz Pinos	Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	
	Dra. Ana Patricia Gutiérrez López	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas (E).	
	Mgs. German Anthony Bustamante Lindao	Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	
	Dr. Alejandro Vladimir Díaz Sorto,	Director Nacional de Hospitales, Encargado.	
	Espc. Gina Lorena Chiriboga Estrella	Proyecto de Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental	

Elaborado	Mgs. Lorena Maritza Alomoto Quimbata	Especialista de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	
	Mgs. Luis Alfredo Herrera Cumbicos	Proyecto del Desarrollo de la Estrategia para el Abordaje Integral del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas y Fortalecimiento de la Salud Mental	



**GOBIERNO DEL
ECUADOR**

Ministerio de Salud Pública

www.salud.gob.ec