

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



TRABAJO FINAL DE GRADUACION:

“Características epidemiológicas y sociodemográficas de las interconsultas solicitadas a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez en el periodo de enero a diciembre de 2023”

Presentado Por: Dr. Jorge Rolando Chévez Ayala

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Asesor temático: Dr. Melvin Arturo Gómez

Asesor de tesis: Dr. Wilson Avendaño

San Salvador, 18 de junio de 2025

Resumen

Introducción. La psiquiatría de enlace de consulta (CL) se refiere a las habilidades y conocimientos utilizados en la evaluación y tratamiento de las condiciones emocionales y conductuales de los pacientes que son remitidos desde entornos médicos y quirúrgicos. De los 35 hospitales nacionales únicamente 9 cuentan con especialista en psiquiatría, los cuales no se encuentran accesibles para la evaluación de pacientes durante turnos nocturnos, pues únicamente el Hospital Nacional psiquiátrico cuenta con servicio las 24 horas.

Objetivos. Determinar las principales características epidemiológicas y sociodemográficas de las interconsultas solicitadas al Hospital Nacional Psiquiátrico. Así como también determinar cuales fueron los principales diagnósticos psiquiátricos, diagnósticos médicos y de causa externa.

Métodos. El presente estudio es de tipo observacional, de alcance descriptivo y prospectivo, de corte transversal. Con una población de 317 interconsultas solicitadas durante el periodo de estudio a la unidad de emergencia del Hospital Nacional Psiquiátrico. Para la obtención de estos datos se utilizó el expediente clínico a través de la modalidad digital en el Sistema Integrado de Salud (SIS) y un formulario digital que fue elaborado específicamente para la organización de los datos sociodemográficos. Para el análisis estadístico, se utilizaron medidas de tendencia central y se presentarán a través de gráficos estadísticos con análisis individual y bivariable.

Resultados. El perfil sociodemográfico del paciente interconsultado es: Femenina entre el rango de edad de 10-20 años, proveniente del área urbana, con educación básica, soltera y no privada de libertad, probablemente del departamento de san salvador y del mismo municipio. El principal diagnóstico psiquiátrico encontrado en las interconsultas solicitadas fue el trastorno depresivo con un total del 26.4%. La principal comorbilidad médica encontrada fue la epilepsia y la lesión de causa externa más frecuente fue la intoxicación intencional autoinflingida.

Palabras clave. Psiquiatría de enlace e interconsulta. Medicina psicosomática. Aspecto sociodemográfico. Diagnóstico psiquiátrico. Diagnóstico médico. Diagnóstico de causa externa.

Abstract

Introduction. Consultation Liaison (CL) Psychiatry refers to the skills and knowledge used in the assessment and treatment of emotional and behavioral conditions in patients referred from medical and surgical settings. Of the 35 national hospitals, only 9 have a psychiatric specialist, who are not available for patient assessment during night shifts, as only the National Psychiatric Hospital offers 24-hour service.

Objectives. To determine the main epidemiological and sociodemographic characteristics of the referrals made to the National Psychiatric Hospital. The main psychiatric diagnoses, medical diagnoses, and external causes were also determined.

Methods. This is an observational, descriptive, prospective, and cross-sectional study. The study population included 317 referrals made to the emergency department of the National Psychiatric Hospital during the study period. To obtain these data, we used the clinical record, which was digitally entered into the Integrated Health System (SIS), and a digital form specifically designed to organize sociodemographic data. Measures of central tendency were used for statistical analysis, and the data will be presented in individual and bivariate statistical graphs.

Results. The sociodemographic profile of the patient consulted was: female, aged 10–20 years, from an urban area, with primary education, single, and not incarcerated, probably from the department of San Salvador and the same municipality. The main psychiatric diagnosis found in the requested referrals was depressive disorder, accounting for 26.4%. The main medical comorbidity found was epilepsy, and the most common externally caused injury was intentional self-inflicted poisoning.

Keywords: Liaison and referral psychiatry. Psychosomatic medicine. Sociodemographic aspects. Psychiatric diagnosis. Medical diagnosis. Diagnosis of external cause.

Índice

Resumen	2
Abstract	3
Antecedentes	6
Justificación	7
Objetivos	8
Marco teórico	9
Evolución de la psiquiatría de interconsulta y enlace y la medicina psicosomática	9
Interconsulta y enlace.	9
Consultor y psiquiatra.....	9
Funciones del psiquiatra de enlace e interconsulta.....	10
Función clínica.	10
Función educativa	10
Función administrativa.	11
Función de investigación.	11
El procedimiento de interconsulta.	12
Recibir una solicitud de interconsulta	12
Hable con el médico remitente y aclare la solicitud de consulta	12
Determinar el alcance de la consulta	12
Revisar el expediente	13
Entrevistar al paciente	13
El examen del estado mental	14
Obtener información colateral	14
Diagnosticar la consulta: el síndrome, el paciente, el entorno	14
Dar un diagnóstico y recomendaciones	15
Intervenciones del consultante	15
Política de atención en salud mental en El Salvador	16
Marco histórico en El Salvador	17
Marco contextual	20
Metodología	23
VARIABLES	25
Consideraciones éticas.	26
Presentación de resultados	27
Objetivo 1. Identificar las principales enfermedades mentales interconsultadas al hospital nacional psiquiátrico Dr. José Molina Martínez.....	27

Objetivo 2. Conocer las principales comorbilidades médicas y diagnóstico de causa externa asociados a las interconsultas solicitadas.....	28
Objetivo 3. Definir las principales características sociodemográficas de los pacientes interconsultados	30
Análisis multivariable	36
Discusión	44
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Anexos	48
Anexo 1. Pirámide marco de la OMS. Combinación optima de los servicios de salud mental.	48
Anexo 2. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría.	49
Referencias bibliográficas	52

Antecedentes

La psiquiatría de enlace de consulta (CL) se refiere a las habilidades y conocimientos utilizados en la evaluación y tratamiento de las condiciones emocionales y conductuales de los pacientes que son remitidos desde entornos médicos y quirúrgicos. Muchos de estos pacientes tienen condiciones médicas y psiquiátricas comórbidas, y otros tienen problemas emocionales y problemas de conducta que resultan de la enfermedad médica, ya sea directamente o como resultado reacción ante él y su tratamiento.

La medicina psicosomática se refiere al estudio de la relación “mente-cuerpo” en medicina. Los investigadores en medicina psicosomática históricamente han estado interesados en los aspectos psicosomáticos de los pacientes médicos, y fueron practicantes pioneros de psiquiatría CL.

El término psiquiatría de enlace de consulta abarca dos funciones principales:

1. El de un especialista psiquiátrico que proporciona asesoramiento experto sobre el paciente del consultado.
2. El de enlace o vínculo.

Históricamente, la función de enlace indicaba que el psiquiatra estaba destinado y trabajaba como miembro del equipo médico. Actualmente, el término se ha ampliado para indicar la función educativa y facilitadora del psiquiatra consultor, es decir, la vinculación del psiquiatra proporciona al consultado conocimientos y habilidades médicos y psiquiátricos, por un lado, y la facilitación de la comunicación y el entendimiento que el psiquiatra proporciona entre el paciente y el personal de atención médica.

De este modo, la función de enlace es inherente al enfoque integral utilizado por el asesor psiquiátrico para el paciente y el sistema de atención médica.

George Engel (1913-1999), un conocido investigador psicosomático, acuñó el término modelo biopsicosocial (Engel, 1977), como alternativa al modelo de enfermedad predominante en medicina al que denominó modelo biomédico.

Al reconocer las contribuciones que el modelo biomédico hizo al desarrollo de la medicina moderna, Engel objetó el “dogma” del modelo biomédico sobre el porque es reduccionista, mecanicista y dualista, utilizando un general enfoque de la teoría de sistemas.

El modelo biopsicosocial propone que los factores psicosociales influyen en la patogénesis de todas las enfermedades. El modelo biopsicosocial Ha encontrado una amplia aceptación entre los psiquiatras y educadores médicos.

Justificación

De la oferta actual a nivel nacional de establecimientos de salud en: Primer, segundo y tercer nivel, encontramos múltiples deficiencias que evidencia la falta de cobertura a nivel nacional en política de atención a la salud y enfermedad mental.

Se cuenta con un total de 717 Unidades Comunitarias de Salud Familiar para la atención Básica, intermedia y Especializada consultar Directorio de Establecimientos, Fos salud provee servicios básicos de salud a la población salvadoreña en 184 Unidades de Salud distribuidas en todo el país, 69 con modalidad de 24 horas, es decir por las noches, 115 con modalidad de fines de semana y días festivos.

Toda esta oferta de servicios en salud en materia de primer nivel de atención, no cuenta con atención por especialista de psiquiatría.

De los 35 hospitales nacionales únicamente 9 cuentan con especialista en psiquiatría, los cuales no se encuentra accesibles para la evaluación de pacientes durante turnos nocturnos, pues únicamente el Hospital Nacional psiquiátrico cuenta con servicio las 24 horas.

Esto demuestra la debilidad en la cobertura de servicios especializados de salud mental por el especialista en psiquiatría para el catálogo de hospitales nacionales, lo cual acrecienta la necesidad de solicitar interconsultas al hospital de referencial de tercer nivel nacional.

Muchas personas realizan viajes largos, costosos y arduos para desplazarse desde su área geográfica hasta el lugar más cercano que brinde atención especializada en salud mental, y si esta es necesitada como situación de emergencia durante la noche no hay otra alternativa que acudir al Hospital de tercer nivel de referencia.

El incremento de demanda de atención en salud mental post pandemia, ha aumentado por consiguiente la necesidad de evaluaciones por especialista desde los múltiples hospitales regionales, lo que en ocasiones puede llegar a saturar la respuesta de tercer nivel en términos de cobertura de psicofármacos y programación de citas.

Por lo que se busca determinar las principales enfermedades interconsultadas con sus características sociodemográficas con el fin de evidenciar la necesidad de cobertura nacional en términos de atención especializada en salud mental.

Objetivos

Objetivo general.

- Determinar las principales características epidemiológicas y sociodemográficas de las interconsultas solicitadas al Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez en el periodo de enero a diciembre de 2023

Objetivos específicos

1. Identificar las principales enfermedades mentales interconsultadas al hospital nacional psiquiátrico Dr. José Molina Martínez
2. Conocer las principales comorbilidades médicas y diagnóstico de causa externa asociados a las interconsultas solicitadas
3. Definir las principales características sociodemográficas de los pacientes interconsultados

Marco teórico

Evolución de la psiquiatría de interconsulta y enlace y la medicina psicosomática

La psiquiatría de enlace de consulta (CL) se refiere a las habilidades y conocimientos utilizados en la evaluación y tratamiento de las condiciones emocionales y conductuales de los pacientes que son remitidos desde entornos médicos y quirúrgicos. Muchos de estos pacientes tienen condiciones médicas y psiquiátricas comórbidas, y otros tienen problemas emocionales y problemas de conducta que resultan de la enfermedad médica, ya sea directamente o como resultado reacción ante él y su tratamiento.

La medicina psicosomática se refiere al estudio de la relación “mente-cuerpo” en medicina. Los investigadores en medicina psicosomática históricamente han estado interesados en los aspectos psicosomáticos de los pacientes médicos, y fueron practicantes pioneros de psiquiatría CL.

El término psiquiatría de enlace de consulta abarca dos funciones principales:

1. El de un especialista psiquiátrico que proporciona asesoramiento experto sobre el paciente del consultado,
2. El de enlace o vínculo.

Interconsulta y enlace.

Históricamente, la función de enlace indicaba que el psiquiatra estaba destinado y trabajaba como miembro del equipo médico.

Actualmente, el término se ha ampliado para indicar la función educativa y facilitadora del psiquiatra consultor, es decir, la vinculación del psiquiatra proporciona al consultado conocimientos y habilidades médicos y psiquiátricos, por un lado, y la facilitación de la comunicación y el entendimiento que el psiquiatra proporciona entre el paciente y el personal de atención médica.

De este modo, la función de enlace es inherente al enfoque integral utilizado por el asesor psiquiátrico del paciente y del sistema de atención sanitaria.

Consultor y psiquiatra.

El psiquiatra de CL es a la vez consultor y psiquiatra; es decir, él o ella se debe al médico solicitante (consultado) y el paciente. La obligación para con el médico solicitante se extiende a menudo a servir a los intereses del centro de salud y de la sociedad en general.

A veces esta dualidad conduce a un conflicto interno, como en situaciones en las que el interés percibido del paciente entra en conflicto con los deseos del consultado, las necesidades del hospital o de la sociedad.

Funciones del psiquiatra de enlace e interconsulta.

Función clínica.

La función clínica principal del consultor en un hospital general de agudos es facilitar el tratamiento médico del paciente, ya que éste se encuentra en el hospital principalmente para recibir atención médica.

En este sentido, la consulta debe distinguirse de derivación, generalmente vista en entornos ambulatorios y centros de atención crónica.

En una derivación, se le pide al psiquiatra que se haga cargo de la atención psiquiátrica del paciente si está indicado, mientras que, en una consulta, el psiquiatra da una opinión o consejo a el médico solicitante.

Además de dicho asesoramiento y opinión, el solicitante habitualmente, e implícitamente, solicita atención colaborativa del paciente si está indicado, lo que forma la base de la prestación directa del tratamiento por parte del psiquiatra de CL.

Excepto en urgencias y psicoterapia inherente al diagnóstico, entrevista y facilitación de la comunicación a través de reuniones y llamadas telefónicas con los miembros de la familia y el personal, el tratamiento directo de los pacientes, incluido el pedido de medicamentos, debe realizarse con el conocimiento explícito y la cooperación del consultado para evitar una difusión de la responsabilidad por la atención directa.

Función educativa.

La parte de enlace de la psiquiatría CL denota en gran medida su función educativa.

La educación es para los pacientes, los médicos que la solicitan, el personal de enfermería y las familias de los pacientes y amigos, y el sistema de atención médica.

Ejemplos de educación de enlace incluyen: Enseñar las necesidades psicológicas de los pacientes en función de sus estilos de personalidad del manejo inmediato de condiciones psiquiátricas, el uso de drogas psicotrópicas y la determinación de la capacidad para consentimiento a los procedimientos.

El servicio de CL en los hospitales universitarios tiene funciones educativas formales además de la función de enlace. Incluyen la enseñanza de varios aprendices incluidos residentes de psiquiatría, residentes de otros departamentos,

como medicina interna y medicina familiar, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y trabajo social, pasantes de psicología, etc.

El entorno CL es particularmente adecuado para enseñar a estudiantes de medicina y residentes de atención primaria los aspectos de la psiquiatría que serían más relevante para cualquier médico.

Función administrativa.

Las funciones administrativas del psiquiatra de CL a menudo están encomendadas por el gobierno o la institución y a menudo implican medidas coercitivas como retención de emergencia y hospitalización involuntaria de pacientes.

Normas institucionales por lo general, exigen que un paciente con tendencias suicidas u homicidas agudas tenga que ser evaluado por un psiquiatra, quien decidirá si el paciente debe ser colocado en una retención involuntaria de emergencia y ser trasladado a un centro psiquiátrico cuando este médicamente estable.

Es posible que se requiera que el psiquiatra de CL evalúe a un paciente con sospecha de demencia y solicitar una tutela.

El departamento de gestión de riesgos de la institución sanitaria se basa en la Psiquiatra de CL, evaluará la capacidad de los pacientes para firmar un consentimiento médico o para rechazar procedimientos médicos/quirúrgicos, y para problemas generales de conducta que interrumpan el funcionamiento de la instalación.

En ocasiones, la función administrativa encomendada puede interactuar o interferir con la función clínica del consultor, como una parada de emergencia que interrumpa la relación del consultor con el paciente. Estos conflictos normalmente pueden resolverse con comunicación hábil, pero el psiquiatra de CL debe reconocer y ser cómodo con los múltiples roles inherentes a la función.

Función de investigación.

La configuración CL ofrece oportunidades únicas para la investigación en la interfaz entre psiquiatría y medicina. Gran parte de la investigación psicosomática del siglo XX fue realizado por psiquiatras de CL.

El entorno de CL dio lugar a campos de subespecialidades como la psiconefrología, la psicooncología y la psicoobstetricia y ginecología.

El papel de la intervención psiquiátrica en la utilización médica también ha sido un campo de investigación productivo y ha proporcionado evidencia de que la

intervención psiquiátrica en realidad reduce el costo de la atención médica (Katon et al., 2005; Wells et al., 2005).

A medida que se comprende mejor la interacción gen-ambiente, el entorno CL puede brindar oportunidades únicas para estudiar el papel del genotipo y el ambiente en la selección o secuencia de la disfunción orgánica (p. ej., la interacción gen-ambiente).

El procedimiento de interconsulta.

Recibir una solicitud de interconsulta. La mayoría de las instituciones de atención de salud cuentan con mecanismos formales para solicitar una consulta, como un formulario de solicitud computarizado o una solicitud por escrito, entregada por fax, correo electrónico o teléfono.

Las solicitudes informales también podrán realizarse por teléfono o por persona. Si bien a las consultas informales, especialmente cuando son urgentes, a menudo se atienden, para ello, es una buena idea insistir también en una solicitud de consulta formal.

Hable con el médico remitente y aclare la solicitud de consulta. Las solicitudes de consulta son a menudo vagas y a veces engañosas, generalmente porque el consultado carece del vocabulario de psiquiatría.

El consultado es consciente del malestar que le produce el esfuerzo por el paciente, pero tiene dificultades para expresarlo con palabras. Por lo tanto, es fundamental que el consultor busque al consultado, generalmente por teléfono, y le pide información adicional sobre la consulta, en particular lo que le gustaría al consultado.

Es una buena idea pedirle al médico remitente que se asegure de dejar que el paciente sepa que debe acudir a un consultor psiquiátrico y, si es posible, presentarle el consultor al paciente.

Determinar el alcance de la consulta. El consultor debe poder determinar el alcance probable de la consulta después de hablar con el médico remitente, es decir, si se trata de un tratamiento de emergencia de un paciente agitado o con tendencias suicidas agudas, una evaluación comprensiva del paciente para ayudar con el diagnóstico, o una consulta enfocada sobre una pregunta específica, como la capacidad del paciente para firmar un consentimiento para un procedimiento quirúrgico.

Aunque la pregunta formulada por el consultado pueda parecer centrada y sencilla, en ocasiones el consultor puede facilitar el tratamiento médico a través de una comprensión integral del paciente y la facilitación de la comunicación.

En general, cuanto más limitado sea el alcance de la consulta, más rápido debería el consultor responder al médico remitente.

Revisar el expediente. Se debe revisar el expediente del paciente antes de verlo. Las notas de progreso y las notas de enfermeras deben proporcionar información sobre el estado del paciente, el estado reciente y actual.

Se deben revisar las órdenes de medicación, y más específicamente los medicamentos realmente administrados, especialmente en caso de cualquier adición reciente o cambios que podrían contribuir al cambio de humor del paciente o estado mental.

Se deben revisar los resultados de laboratorio y de imágenes para detectar posibles causas metabólicas/estructurales del síndrome psiquiátrico, así como para determinar qué pruebas de laboratorio adicionales pueden estar indicadas.

Entrevistar al paciente. El consultor ahora debería tener una idea razonable sobre la tensión que dio como resultado la consulta y las áreas en las que centrarse al evaluar al paciente.

El consultor ahora está listo para entrevistar al paciente. Se debe proporcionar la mayor privacidad posible, si el paciente se encuentra en una sala o en una habitación con otros pacientes, el consultor debe correr las cortinas alrededor de la cama del paciente; si el paciente está en una habitación privada, el consultor debe cerrar la puerta. Si hay visitas con el paciente, el consultor debe presentarse por su nombre solamente y preguntar quiénes son, y luego pedirles que esperen afuera por unos minutos mientras el consultor habla con el paciente.

El consultor no debe identificarse como psiquiatra hasta que los visitantes se retiren, una excepción a esto es cuando la función cognitiva del paciente es conocido que está deteriorado, en cuyo caso los visitantes podrán permanecer, con el permiso del paciente, ya que podrían proporcionar antecedentes valiosos y información adicional.

El consultor debe preguntar al paciente si le dijeron que se había solicitado consulta psiquiátrica. Si el paciente dice que no, el consultor debe explicar que el médico de atención primaria del paciente solicitó la atención psiquiátrica para una evaluación integral, que puede ser por ansiedad, depresión, cambios de humor, problemas de memoria, etc.

El consultor debe explicar al paciente que muchas condiciones médicas y medicamentos, así como el estrés de estar en el hospital, puede causar tales problemas y que pueden ser gestionado eficazmente.

La entrevista inicial normalmente no debería durar más de 30 minutos, y debe identificar las preocupaciones actuales del paciente, la presencia de un síndrome

psiquiátrico mayor o menor y su historia, antecedentes de problemas psiquiátricos, los antecedentes familiares, el estado ocupacional del paciente y el estado mental actual.

En general, si el paciente está confundido o delira, puede ser necesario realizar un examen del estado mental en lugar de una historia clínica, que puede tener que depender de fuentes colaterales.

Cuando un paciente no está confundido, el examen cognitivo se puede realizar durante cinco minutos o menos al final de la entrevista, que puede ir precedida por la siguiente pregunta: "¿Cómo está tu memoria últimamente?" seguido de: "Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para evaluar su memoria y concentración actuales".

El examen del estado mental. El estado mental consta de los siguientes componentes: (1) apariencia; (2) niveles de conciencia y orientación; (3) estado de las capacidades comunicativas (habla y movimiento); (4) contenido del pensamiento; (5) afecto y estado de ánimo; y (6) procesos cognitivos (atención, concentración, comprensión, memoria, percepción, pensamiento lógico, abstracción, juicio).

Para pacientes con déficits cognitivos, el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), además del examen completo del estado mental descrito aquí, es útil para determinar cuantitativamente el alcance del déficit cognitivo y, cuando se utiliza de manera seriada, para documentar cambios en la función cognitiva.

Obtener información colateral. Al final de la entrevista, el consultor debe obtener permiso del paciente para poder hablar con su cónyuge o pareja, familiares, y amigos para obtener información adicional.

Si el paciente tiene un deterioro cognitivo grave, o el paciente se niega a dar permiso, el consultor todavía puede hablar con los demás siempre que sean conscientes de que el paciente se encuentra en cuidado del centro de salud y siempre y cuando el consultor solo obtenga información y no divulgue información sobre el paciente.

Diagnosticar la consulta: el síndrome, el paciente, el entorno. Luego de revisar el motivo de la consulta, los antecedentes del paciente, los antecedentes familiares, la información recibida de colaterales, los hallazgos de laboratorio y los datos de signos vitales y hallazgos del examen físico, el consultor está en condiciones de tomar un diagnóstico integral.

Tal diagnóstico puede incluir principalmente una evaluación de sistemas, por ejemplo, un conflicto de personalidad o de opinión entre el personal de atención médica/profesional(es) y el paciente.

Cuando el paciente muestra evidencia de una condición psiquiátrica, el consultor desarrolla un diagnóstico diferencial que conduce a un diagnóstico de trabajo del

síndrome psiquiátrico, su interacción con la condición médica y una comprensión del paciente como persona lidiando con la condición médica y psiquiátrica.

Tal entendimiento tiene en cuenta la historia del desarrollo del paciente y la infancia, estrés actual y reciente, así como la capacidad de afrontamiento del paciente y sus efectos psicosociales.

El diagnóstico diferencial del síndrome psiquiátrico debe ser de lo general a lo específico, por ejemplo, el síndrome psicótico que puede ser secundario a uso de drogas y/o al delirio causado por desequilibrio electrolítico y/o aumento de la concentración sérica de amoníaco.

Muy a menudo, el síndrome psiquiátrico presenta múltiples etiologías contribuyentes posibles; por ejemplo, la depresión mayor puede ser una recurrencia de una depresión unipolar existente, más los efectos del abuso crónico de alcohol, más insuficiencia hepática secundaria, más abstinencia de cocaína.

Dar un diagnóstico y recomendaciones. El consultor debe informar el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento al médico remitente, ya sea directamente o por teléfono, para que el médico remitente pueda hacer preguntas y discutir los hallazgos con el consultor.

El consultor debe comunicar al consultado los hallazgos y el diagnóstico de forma clara y concisa, sin utilizar jerga psiquiátrica innecesaria, y discutir tratamientos alternativos y recomendaciones.

Las recomendaciones deben presentarse de forma muy concreta y especificar quién debe hacer qué. Por ejemplo, "Recomiendo prescribir olanzapina 10 mg de forma regular más Lorazepam, 1 a 2 mg IV cada 4 horas para la agitación.

Indique a las enfermeras que orienten al paciente cada vez que realicen cualquier procedimiento, como tomar los signos vitales; ellas deberían decir: "Soy la enfermera fulano de tal y voy a tomarle la presión arterial".

Esta conversación con el médico remitente debe ir seguida de una declaración escrita de consulta. El informe debe ser conciso y legible. Debe contener, como mínimo, el motivo de la derivación, una breve historia clínica, el examen del estado mental, los resultados de laboratorio relevantes, el diagnóstico de trabajo (normalmente multiaxial) y las recomendaciones específicas

Intervenciones del consultante. En el curso de una consulta psiquiátrica, el consultor proporciona intervención a través del proceso de entrevista empática y a través de los elementos psicoterapéuticos de apoyo inherentes a una entrevista psiquiátrica.

Además, el consultor puede proporcionar un alivio inmediato de la agitación mediante la escucha y la tranquilidad, y cuando esté indicado, con medicamentos

instantáneos. Puede que sea necesario un cambio involuntario y retener si se considera que el paciente es peligroso para sí mismo o para los demás y necesita de hospitalización psiquiátrica.

En ocasiones, el consultor puede considerar aconsejable reunirse con las enfermeras, con la familia del paciente, o reunirse con el paciente, el médico remitente y otros para facilitar la comunicación o planificar un curso de acción.

Seguimiento. Se recomienda al menos una visita de seguimiento para todas las consultas iniciales siempre que sea factible.

Una visita de seguimiento es valiosa para determinar cualquier cambio como resultado de la recomendación de tratamiento o en el proceso de la enfermedad.

En pacientes delirantes, la fluctuación del estado mental durante las visitas de seguimiento puede ser diagnóstica. Cuando un paciente ya no requiere seguimiento, pero todavía está en el sistema de atención médica, el consultor debe firmarlo y comunicarlo al médico remitente.

Política de atención en salud mental en El Salvador.

Desde el inicio del proceso de Reforma de Salud en el año 2009, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha dado pasos importantes para avanzar en el cambio del modelo de atención biologicista altamente medicalizado para ir a un proceso que está determinado socialmente y que necesita de todos los sectores para poder enfrentarlo integralmente, este proceso tiene como base la atención primaria de salud que aborda al individuo, la familia y la comunidad, en donde el trabajo en las Redes integrales e integradas de salud (RIIS) supone un espacio de intercambio que permite abordar integralmente la salud.

En ese contexto mejorar el acceso y la continuidad de las atenciones a las personas con padecimientos mentales, sigue planteando desafíos institucionales debido al insuficiente personal disponible especializado o capacitado para la atención. Por lo que se debe continuar trabajando con personal que labora en los establecimientos de la RIIS, para mejorar la clasificación de las enfermedades mentales de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), tomando en consideración las necesidades de los usuarios, desarrollo de atenciones diferenciadas y criterios de referencia, retorno e interconsulta entre los establecimientos de salud que conforman la RIIS.

Además, se ha considerado la organización de los recursos en salud de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas, intermedias y especializadas para la promoción, prevención, detección temprana, continuo de la atención y rehabilitación, así como de las Unidades hospitalarias de salud mental con el fin de fortalecer la atención primaria en salud mental y optimizar los recursos en la RIIS.

Debido a que las intervenciones en salud mental requieren la participación de múltiples profesionales y actores sociales, se realiza una categorización de los trastornos mentales según su nivel de complejidad en: trastornos mentales comunes y trastornos mentales graves, con el propósito de optimizar los recursos disponibles en la RIIS, favorecer la participación social e intersectorial y acercar servicios de salud a la población.

Marco histórico en El Salvador.

Los problemas de salud mental en El Salvador comenzaron a ser tratados de forma institucional por el gremio médico, a finales del siglo XIX; sin embargo, fueron las congregaciones religiosas las que proveían de cuidados a mujeres con trastornos mentales y los hombres eran encerrados en bartolinas. En el año 1895 se conforma la primera junta de caridad del hospital psiquiátrico y en 1899 se realiza su construcción. En 1949 el Dr. José Molina Martínez es nombrado director del Hospital Psiquiátrico y en 1954 introdujo la cátedra de psiquiatría en la carrera de Medicina en la Universidad de El Salvador. En 1971 se crea en el Ministerio de Salud la División de Salud Mental, cuyas funciones básicas serían: hacer una evaluación de los servicios existentes de salud mental, elaborar normativa institucional, la cual funcionó hasta 1974 y es hasta octubre del año 2000 que se reabre. El Programa de Salud Mental el cual fue oficializado bajo Decreto Ministerial N° 961 año 2000

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en adelante ISSS, es un servicio público que establece la Constitución en el Art. 50, e inicia sus servicios en abril de 1954. Se abre el hospital psiquiátrico el cual ofrecía servicios de consulta ambulatoria y hospitalización, contaba con 10 psiquiatras a tiempo parcial, 1 médico general, 6 psicólogos, 8 enfermeras graduadas, 16 enfermeras auxiliares, 2 trabajadores sociales y 1 terapeuta ocupacional, contando con 55 camas.

En los hospitales regionales del ISSS de Santa Ana y San Miguel contaban con 1 psiquiatra y brindaban atención ambulatoria. En 1989 se abre el programa de residentado en psiquiatría, contando con 6 plazas.

En 1990 se crea el Programa Institucional de salud mental quien se encarga de la planificación, organización de los servicios de salud mental; iniciando en 1997 la descentralización de servicios de salud mental en las unidades médicas, mediante la puesta en marcha de 10 equipos de salud mental a nivel nacional.

En el año 2005 el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud reveló los siguientes datos: no existía una política nacional, ni legislación sobre salud mental. De los gastos de salud solo el 1% está destinado a salud mental y, de esto el 92% está destinado a gastos de los hospitales psiquiátricos. El tiempo dedicado a salud mental en la formación universitaria de los médicos es de un 7%, en enfermeras 4% y en otro personal de salud 6%. Solo algunos centros de atención primaria en salud (21-50%), tienen disponibilidad de medicamentos (psicofármacos). La disponibilidad de recursos

humanos en salud mental es de 10.01 por 100,000 habitantes distribuidos de la siguiente manera: 92 psiquiatras (1.39 por 100,000 habitantes), 72 médicos no psiquiatras (1.07), 114 psicólogos (1.68), 143 enfermeras (2.12), 105 trabajadores sociales (1.55) y 10 terapeutas ocupacionales (0.14). En las cárceles, menos del 2% de los privados de libertad padecen de psicosis; casi todas las cárceles (81-100%) poseen por lo menos un recluso por mes en contacto de tratamiento con un profesional de salud mental. El problema de adicciones a sustancias fue considerado prioritario y se estableció una Comisión Antidrogas, conformada por instituciones gubernamentales y no gubernamentales (este plan se encuentra funcionando)

Con la puesta en marcha de la reforma de salud en el año 2009 se ha impulsado un abordaje integral para la salud mental: se ofrecen cuidados a diferentes grupos de población prematuros, niños, niñas y adolescentes, escolares, mujeres embarazadas, personas adultas mayores, familiares de personas con trastornos mentales y además afectados por el conflicto armado y víctimas de grave violación de derechos humanos

Se ha mejorado el acceso a los servicios de salud mental mediante la apertura de 16 unidades en hospitales generales y 80 establecimientos de salud del primer nivel de atención con profesionales de psicología

Se ha definido la cartera de servicios en salud mental: se brinda consejería a personas y familias en temas de consumo de tabaco, alcohol, y otras sustancias psicoactivas, así como prevención del suicidio y fracaso escolar. Se ha promovido la apertura de espacios de convivencia saludables en instituciones escolares, y comunidades a través de comités municipales de prevención de la violencia, hábitos de vida saludables, procesos de atención en red mediante la oficialización de la siguiente normativa técnica institucional: Lineamientos técnicos para atención integral en salud mental, Guías clínicas de atención en salud mental y psiquiatría, Lineamientos técnicos para la atención psicosocial de niños, niñas y adolescentes en proceso de duelo y los Lineamientos para la implementación de la estrategia de familia a familia

Según el Atlas Regional de Salud Mental. Diciembre 2015 reveló los siguientes hallazgos 81% de nuestros países de la región dispone de una política o plan independiente en materia de salud mental y solo 52% dispone de una ley independiente sobre salud mental. De igual manera el 50% de los países tiene una política independiente, que se ha actualizado en los 10 últimos años se aplica parcial o plenamente y tiene un cumplimiento satisfactorio de los estándares de derechos humanos y solo el 34% de los mismos tiene una legislación independiente, que se aplica parcial o plenamente y tiene un cumplimiento satisfactorio de los estándares de derechos humanos.

Los recursos financieros asignados a la salud mental en la región de las Américas son en promedio de \$6,96 dólares estadounidenses per cápita, con un rango entre

\$1 y \$273. También se estimó que el 75% de los gastos en salud mental va a la atención hospitalaria, especialmente a los hospitales psiquiátricos.

En febrero del año 2017, se crea la Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles, mediante la resolución ministerial No. 86, que incorporó a la unidad de salud mental dentro de su estructura administrativa. Uno de los primeros logros de esta Dirección fue la elaboración del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para el Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles, el cual incluye acciones de salud menta

De la oferta actual a nivel nacional de establecimientos de salud en: Primer, segundo y tercer nivel, encontramos múltiples deficiencias que evidencia la falta de cobertura a nivel nacional en política de atención a la salud y enfermedad mental.

Se cuenta con un total de 717 Unidades Comunitarias de Salud Familiar para la atención Básica, intermedia y Especializada consultar Directorio de Establecimientos, Fosalud provee servicios básicos de salud a la población salvadoreña en 184 Unidades de Salud distribuidas en todo el país, 69 con modalidad de 24 horas, es decir por las noches, 115 con modalidad de fines de semana y días festivos.

Toda esta oferta de servicios en salud en materia de primer nivel de atención, no cuenta con atención por especialista de psiquiatría.

De los 35 hospitales nacionales únicamente 9 cuenta con especialista en psiquiatría, los cuales no se encuentra accesibles para la evaluación de pacientes durante turnos nocturnos, pues únicamente el Hospital Nacional psiquiátrico cuenta con servicio las 24 horas.

Esto demuestra la debilidad en la cobertura de servicios especializados de salud mental por el especialista en psiquiatría para el catálogo de hospitales nacionales, lo cual acrecienta la necesidad de solicitar interconsultas al hospital de referencial de tercer nivel nacional.

Muchas personas realizan viajes largos, costosos y arduos para desplazarse desde su área geográfica hasta el lugar más cercano que brinde atención especializada en salud mental, y si esta es necesitada como situación de emergencia durante la noche no hay otra alternativa que acudir al Hospital de tercer nivel de referencia.

El incremento de demanda de atención en salud mental post pandemia, ha aumentado por consiguiente la necesidad de evaluaciones por especialista desde los múltiples hospitales regionales, lo que en ocasiones puede llegar a saturar la respuesta de tercer nivel en términos de cobertura de psicofármacos y programación de citas.

Marco contextual.

La situación actual a nivel mundial de los trastornos mentales y neurológicos representa el 14% de las enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a ellas, y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio bajos. A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada y en algunos casos, inapropiada; la principal resultante es una enorme brecha de tratamiento, la cual expresa la proporción de personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención en servicios de salud. La brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe, según estimados conservadores, está por encima del 60%. (Ver anexo 1)

El Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria, que impulsa la Reforma pretende disminuir la brecha y las inequidades que afectan a la población más vulnerable, mejorando el acceso a servicios de salud, realizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; aplicando dinámicamente el abordaje de determinación social en salud que permite la identificación de las causas estructurales del proceso salud enfermedad, que afectan a la persona, familia y la comunidad, ayudando a vincularlas con las entidades de desarrollo social, por medio del fomento de la organización y la participación social en salud el cual se fundamenta en el aumento de la capacidad de respuesta de la atención primaria

Implementar un modelo de atención en salud mental basado en la comunidad favorece el acceso a los servicios, el abordaje integral de la salud, la promoción y la continuidad de los cuidados de los usuarios, adherencia al tratamiento, la vinculación con las redes de apoyo comunitario, disminución del estigma, discriminación y costos en la intervención de personas que padecen trastornos mentales, familia y la comunidad; obteniendo reducción en la brecha de tratamiento

La Atención Primaria en Salud (APS), es una estrategia integral para el mejoramiento de la salud y la equidad, que se caracteriza por la orientación de todas las estructuras y funciones del sistema de salud hacia la consecución del derecho, equidad y solidaridad social. Es así como al operativizar la atención en salud mental se logra acortar la brecha en la atención, reducción en la carga de enfermedad y el impacto en la cronicidad.

“Un servicio de salud mental basado en la comunidad, es uno que provee de un completo rango de cuidados efectivos en salud mental para una población definida, el cual se dedica a tratar y ayudar a personas con trastornos mentales, en proporción a su sufrimiento o distrés, en colaboración con otras agencias locales” (G. Thornicroft & M. Tansella 1999).

Para poder organizar los procesos de atención a personas con trastornos mentales es necesario definir categorías clínicas operacionales que correspondan

con la complejidad y capacidades resolutorias de los establecimientos que conforman la RIIS, en los presentes Lineamientos se adoptan las categorías de:

Trastorno mental común (TMC), se entiende por todas aquellas entidades nosológicas que se caracterizan por síntomas y síndromes tales como: ansiedad, depresión, abuso de alcohol, somatización, dolencias inespecíficas, dificultades adaptativas, alteraciones del sueño y que se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE 10: F10-F18 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, F32 episodios depresivos, F41 trastornos de ansiedad, F43 reacciones a estrés grave y F90 Trastornos hiperkinéticos Muchos de estos problemas son evitables si se ejerce sobre ellos una adecuada vigilancia y el correspondiente trabajo preventivo. Más allá de la vulnerabilidad genética que pueda o no predisponer a ellos, la mayoría de estos trastornos derivan (como la salud en general de las personas) más de condiciones sociales y estilos de vida.

Trastorno mental grave (TMG), engloba diversos diagnósticos psiquiátricos con persistencia sintomática en el tiempo, que presentan graves dificultades en el funcionamiento personal y social como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida, funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada y se corresponden con las categorías diagnósticas del CIE-10: F00-F03 demencia F19, trastornos mentales y del comportamiento asociado al consumo de múltiples sustancias psicoactivas, F20-29 psicosis, F30-31 trastorno afectivo bipolar, F84.0 trastorno generalizado del desarrollo, X60 – X84 autolesiones/ suicidio

El abordaje de los TMC y TMG, debe basarse en intervenciones psicosociales, las cuales pueden operativizarse desde los siguientes ámbitos:

a) **Salud colectiva/ psicosocial**

Pretende la integración de los servicios de salud mental en la atención integral, en el contexto social y educativo de la persona. Busca la autonomía de la persona, paliar sus limitaciones o padecimientos, identificación de inequidades y facilitar su reinserción social.

b) **Organización comunitaria:**

Se abordan los elementos propios del entorno en el que se desarrolla la persona, sean estos materiales o sociales que permitan la conservación y restablecimiento de la salud mental.

c) **Participación social:**

Promueve la conciencia, toma conjunta de decisiones para la ejecución de acciones en promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental de la población en su comunidad.

d) **Intrasectorialidad-Intersectorialidad:**

A través del abordaje de problemáticas de salud mental en la agenda de prioridades de CISALUD, para ser retomada a nivel local por los gabinetes de gestión departamental y municipal, involucrando a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), diferentes sectores y la sociedad civil organizada.

Metodología

Tipo de estudio

Observacional, de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

Población de estudio

La muestra se calculó a través del número de pacientes atendidos como interconsulta en el área de emergencia del hospital nacional psiquiátrico en el periodo de enero a diciembre 2023.

Para la selección de la población se utilizó el listado de reportes de turno del año 2023 en donde se detalla el número de interconsultas atendidas por día, por número de expediente, edad, diagnóstico, hospital remitente y plan.

La población estuvo conformada por 317 interconsultas solicitadas a lo largo del periodo del año 2023 que satisfacían los criterios de inclusión y exclusión para el estudio.

Criterios de inclusión.

- Pacientes atendidos en el área de emergencia del hospital nacional psiquiátrico como interconsulta en el periodo de enero a diciembre 2023.
- Pacientes con edades mayores de 12 años.
- Pacientes atendidos como interconsulta desde hospitales regionales y de tercer nivel fuera del área de Soyapango.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con atención médica de emergencia que consulten por demanda espontánea.
- Pacientes con edades menores de 12 años.
- Pacientes referidos o que soliciten interconsulta de parte del Hospital General Molina.

Diseño metodológico.

El estudio se realizó a través de la recopilación de información del paciente a través del expediente virtual en SIS y el llenado de un formulario digital (<https://forms.gle/3U955k6sNijz9JsK6>), realizado a través de la plataforma de Google forms, con extrapolación de datos a tabla de Excel, el cual fue llenado por el investigador, de donde se obtuvieron los datos generales del paciente.

Análisis estadístico.

Se agrupo la información en una base de datos a través de Microsoft Excel, los gráficos que se presentaron de acuerdo al análisis individual y bivariado que se realizó, fueron hechos con el programa utilizando la base de datos.

Para el análisis de las variables se utilizaron las medidas de tendencia central y frecuencia. Luego realizo un análisis multivariado para medir las variables de interés.

Variables

Variable	Definición operacional	Clasificación	Dimensión de la variable	Indicador	Fuente
Edad	Tiempo de vida del paciente	Cualitativa		Fecha de nacimiento en Documento Único de Identidad	Hoja de datos
Sexo	Características biológicas que definen a un hombre o una mujer	Cualitativa	Femenino Masculino	Fenotipo del paciente	Hoja de datos
Estado civil	Situación entre dos personas que cohabitan juntos	Cualitativa		Soltero, casado divorciado, viudo separado, unión libre.	Hoja de datos
Religión	tipo de actos de culto que practica la persona	Cualitativa		Católico, evangélico, denominación	Expediente clínico
Nivel educativo	Grado académico obtenido a la fecha	Cualitativa	Si realizo estudios o no	Básico, bachillerato, técnico, universitario	Expediente clínico
Hospital que envía interconsulta	Nombre de la institución que envía la interconsulta	Cualitativa		Hospital que envía interconsulta	Expediente clínico
Diagnostico psiquiátrico	Diagnostico psiquiátrico del paciente interconsultado	Cualitativa		Diagnostico según expediente	Expediente clínico
Comorbilidad medica	Diagnostico medico concomitante	Cualitativa		Diagnostico según expediente	Expediente clínico
Plan terapéutico	Plan y ruta de tratamiento indicado	Cualitativa		Tratamiento según expediente	Expediente clínico

Consideraciones éticas.

La Investigación fue sometida a aprobación por parte del Comité de Ética del hospital nacional psiquiátrico, así mismo, elaborada tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013 y los Principios Éticos de la Asociación Mundial de Psiquiatría. (Ver anexo 2)

La información personal de los pacientes y los datos obtenidos fueron estrictamente confidenciales.

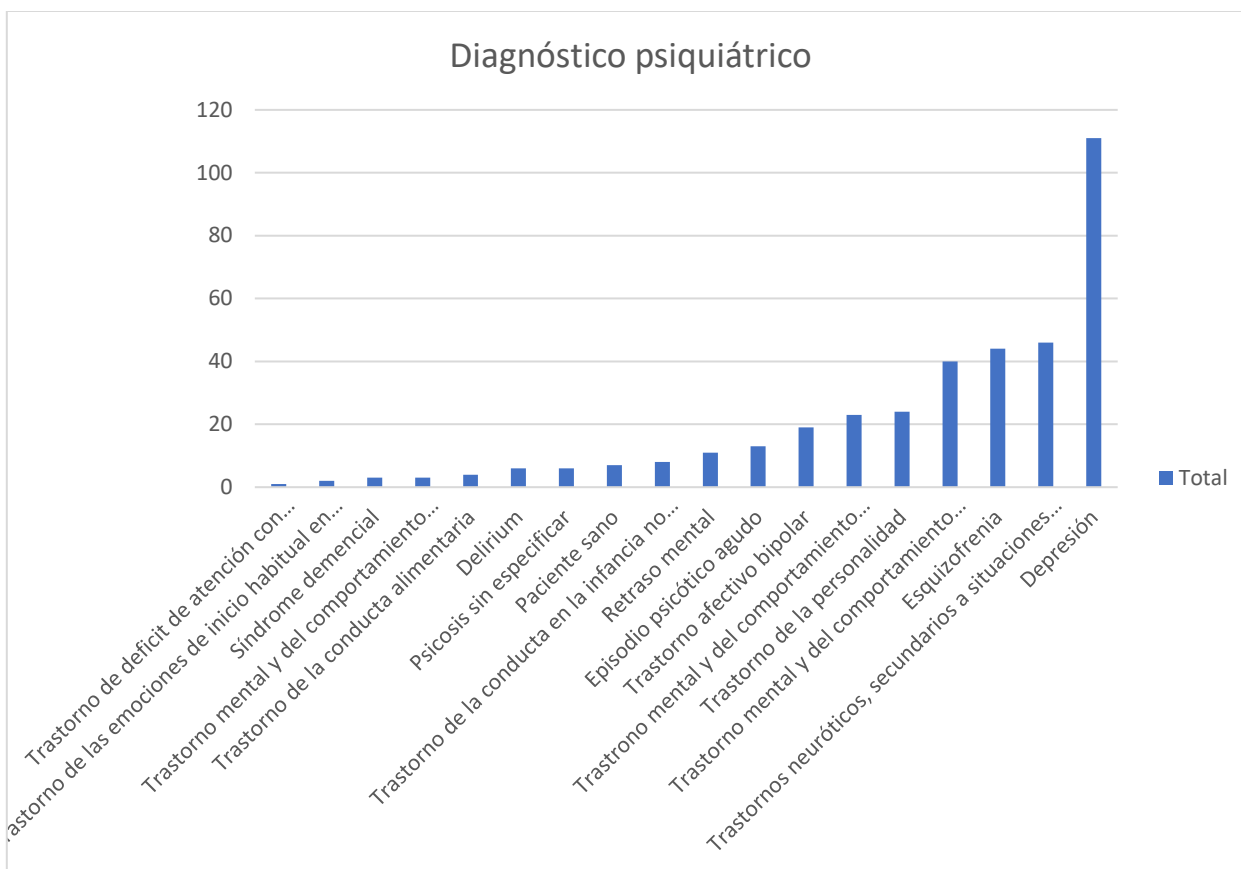
No se realizaron intervenciones experimentales que puedan poner en riesgo a los participantes.

La investigación se realizó sin fines de lucro ni aporte económico por parte de ninguna persona u organización.

Presentación de resultados

Objetivo 1. Identificar las principales enfermedades mentales interconsultadas al hospital nacional psiquiátrico Dr. José Molina Martínez

Gráfico 1.

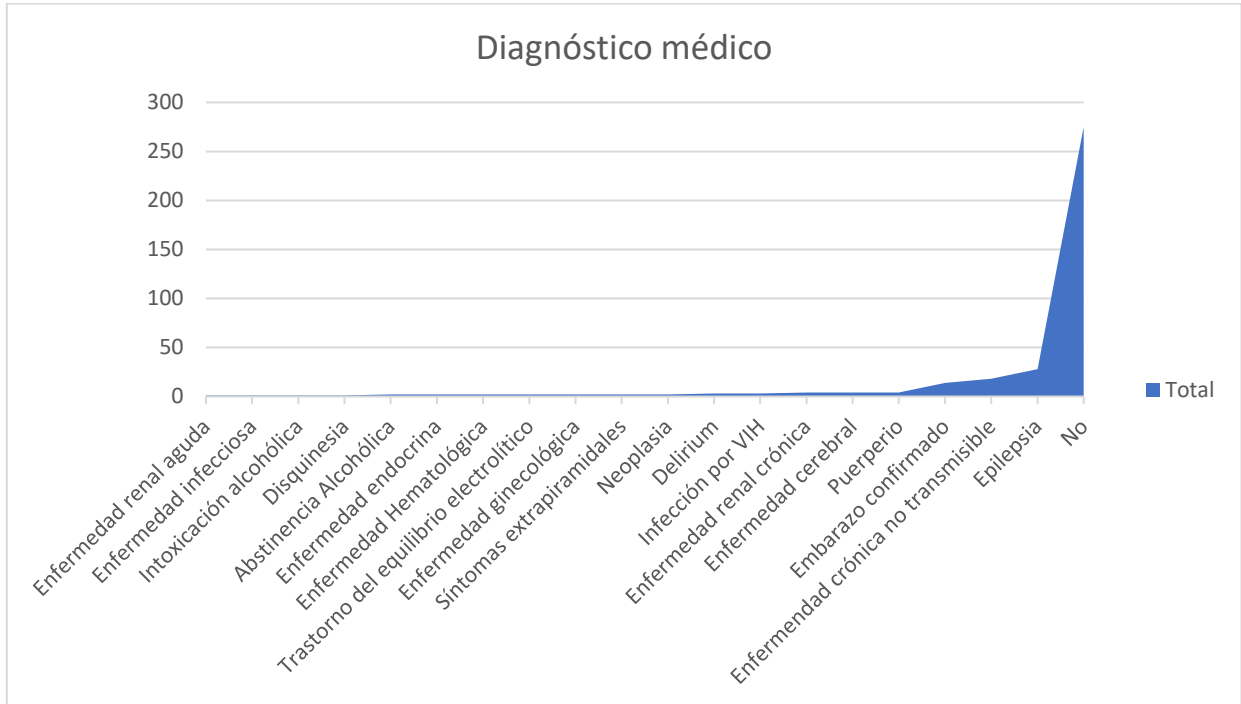


Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis. El diagnóstico más encontrado dentro de las interconsultas solicitadas corresponde al espectro depresivo, seguido de los trastornos neuróticos y luego en tercer lugar tenemos a la esquizofrenia.

Objetivo 2. Conocer las principales comorbilidades médicas y diagnóstico de causa externa asociados a las interconsultas solicitadas

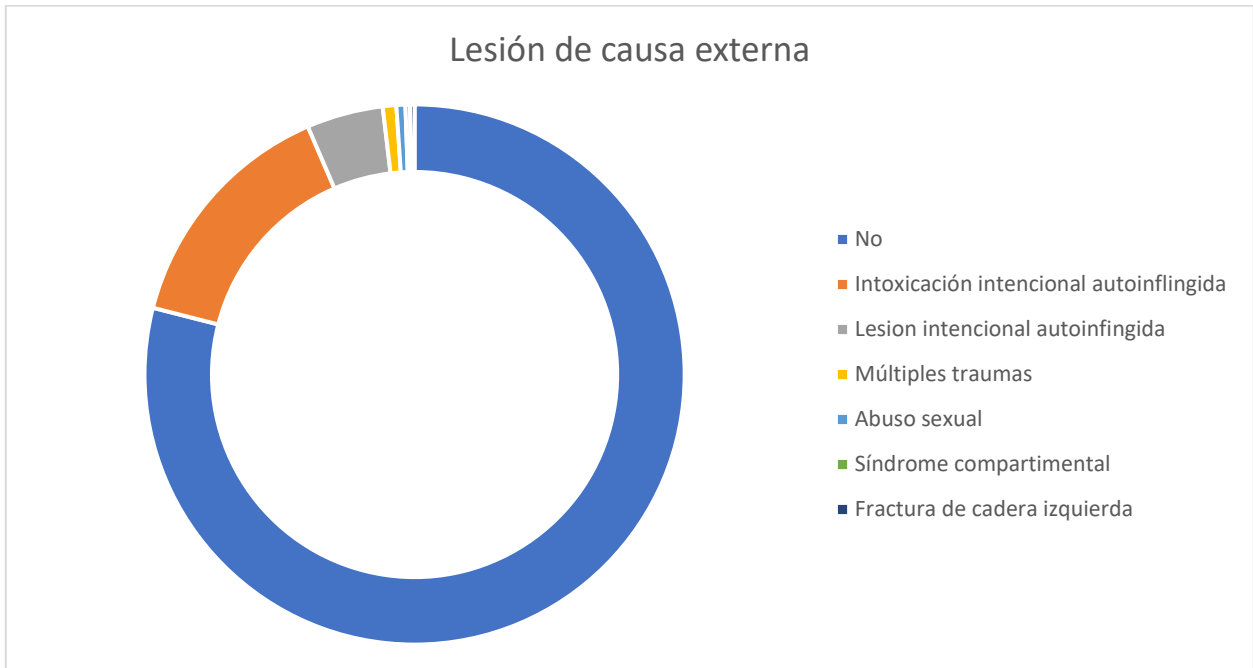
Gráfico 2.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: De las 371 interconsultas atendidas encontramos que 275 pacientes no cuentan con ningún trastorno medico comórbido a la patología mental, luego encontramos como la patología medica más frecuente a la epilepsia, seguido de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Gráfico 3.

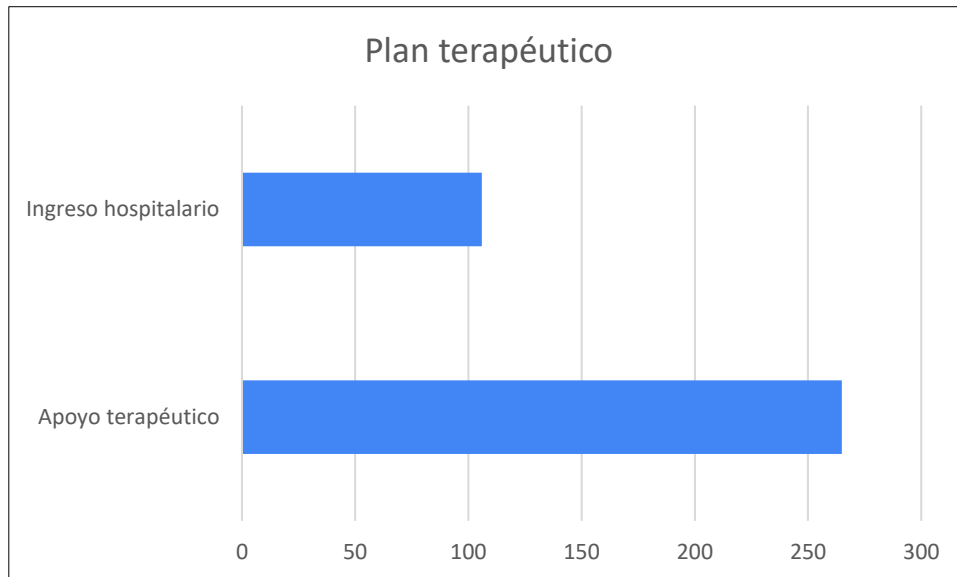


Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: Dentro de los principales diagnósticos de causa externa el 78.9% de las interconsultas (293 atenciones) no reportaron un diagnóstico de causa externa; posteriormente, la principal comorbilidad de causa externa presente fue la intoxicación intencional autoinfligida con un 14.5 % (54 atenciones) seguido por la lesión intencional autoinfligida con un 4.5% (17 atenciones)

Objetivo 3. Definir las principales características sociodemográficas de los pacientes interconsultados

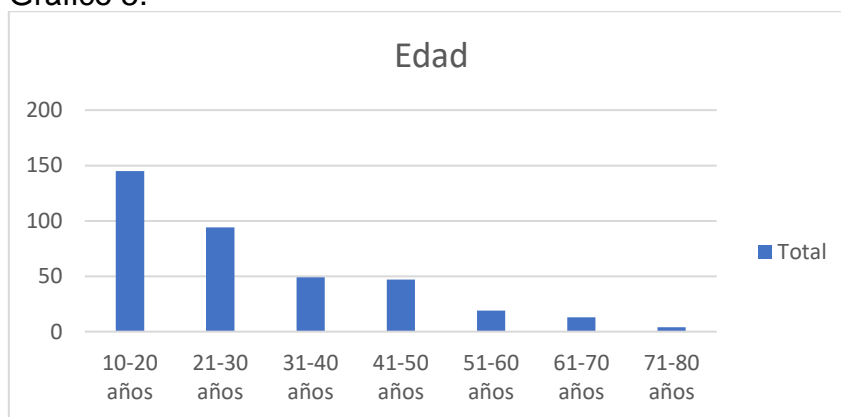
Gráfico 4.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El plan terapéutico establecido para las interconsultas atendidas durante el periodo estudiado reporta que en el 71.4% (265 atenciones) se brinda manejo ambulatorio y en el 29.6% (106 atenciones) restante se determina que es necesario el ingreso hospitalario

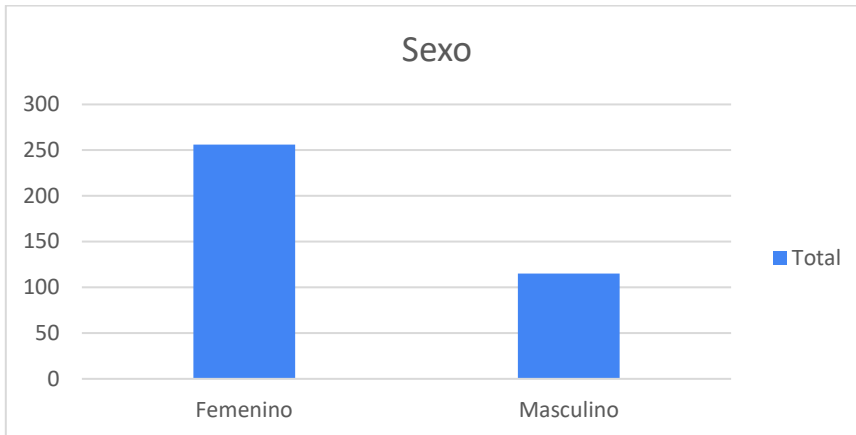
Gráfico 5.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El grupo de edad que mas fue encontrado durante las interconsultas corresponde al grupo de los 10-20 años, seguido del grupo de adultos jóvenes de 21-30 años.

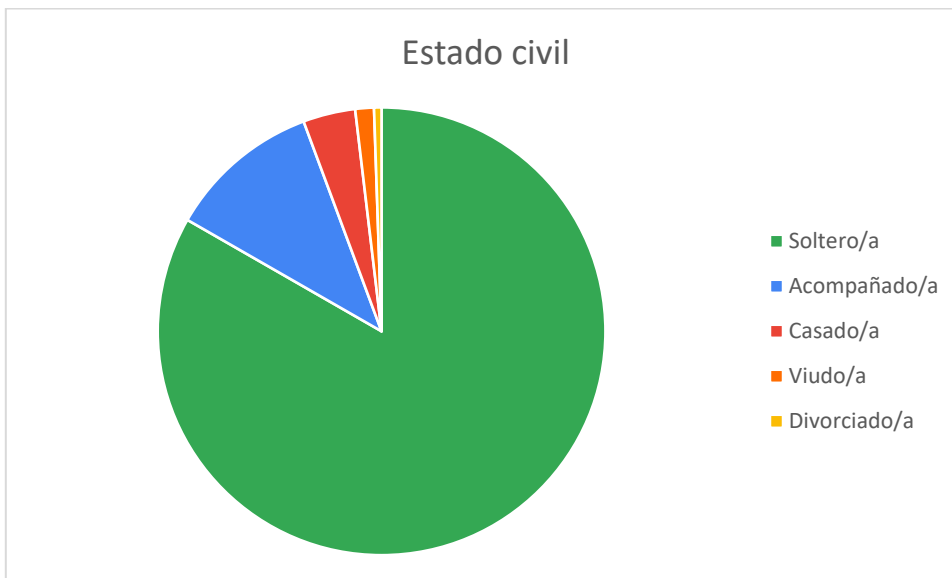
Gráfico 6.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: De las 371 interconsultas revisadas, el 69% pertenecen al sexo femenino; por el contrario, el correspondiente 31% al sexo masculino.

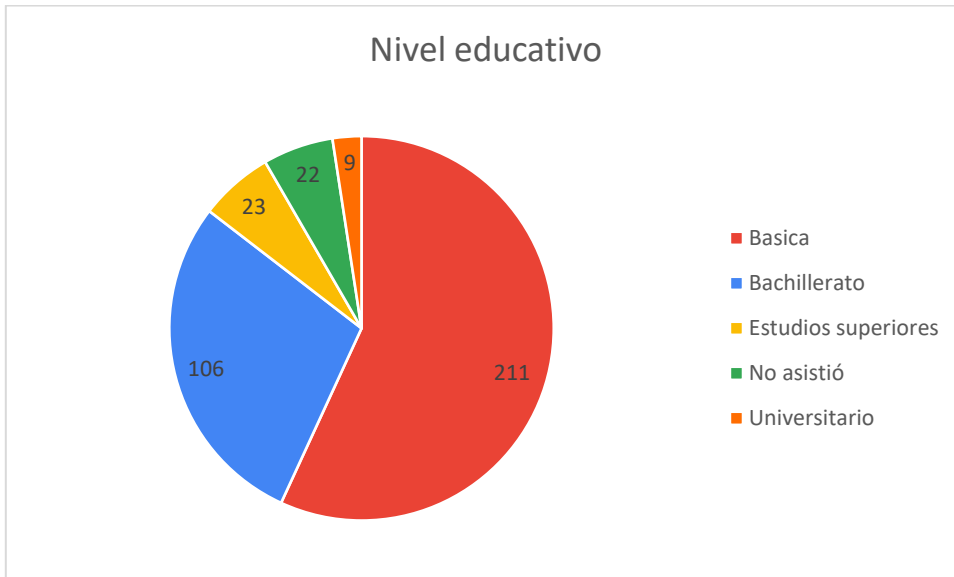
Gráfico 7.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El 83.2% de los pacientes interconsultados se encontraban solteros al momento de la entrevista, seguido del 11% que corresponde a los pacientes que se encontraban acompañados al momento de la entrevista; en tercer lugar, el 3.7% de los pacientes, quienes se encontraban casados al momento de la entrevista.

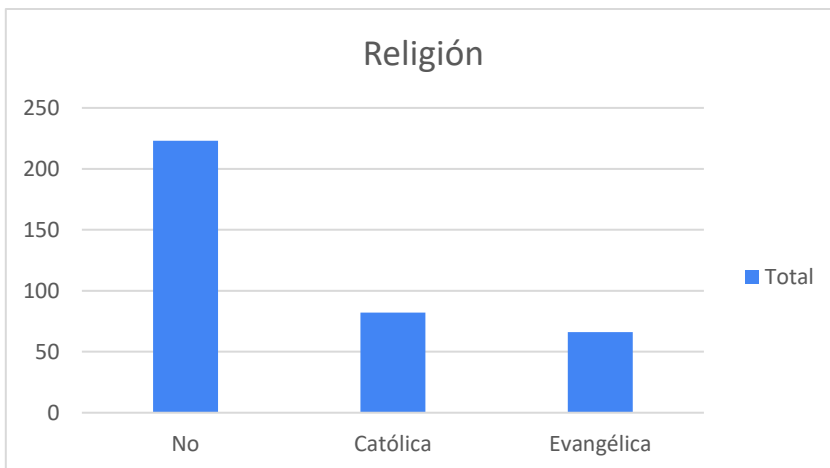
Gráfico 8.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El 73% de los pacientes interconsultados cuentan con una educación básica, en segundo lugar, encontramos un nivel educativo de bachillerato en el 28.5% de los pacientes interconsultados y en tercer lugar un nivel de estudios superiores en el 6.2% de los casos.

Gráfico 9.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: En el caso de la religión un 60.1% de los pacientes (223 atenciones) no practican ninguna religión. El 22.2% (82 atenciones) de los pacientes practica la religión católica y el 17.8% restante practica la religión evangélica.

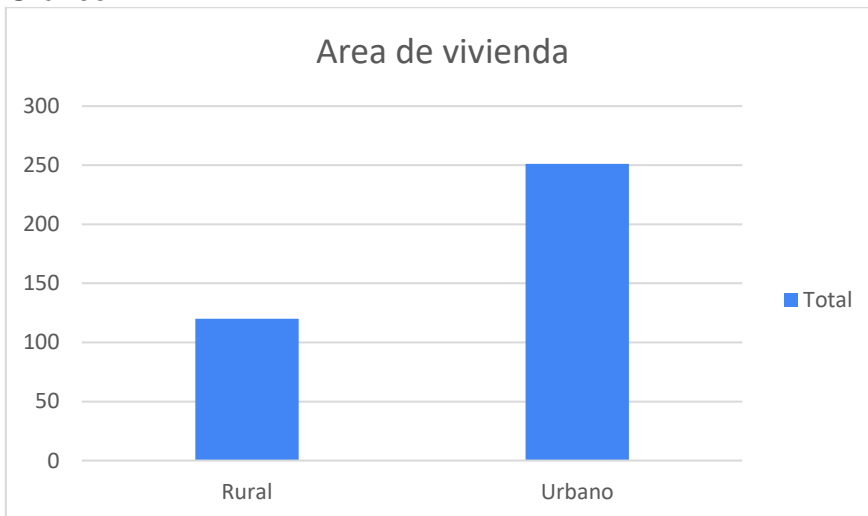
Gráfico 10.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El 97.8% de los pacientes atendidos como interconsulta fueron pacientes no privados de libertad, mientras que solo el 2.2% correspondía a pacientes privados de libertad, con una predominancia más que notoria de los pacientes no privados de libertad.

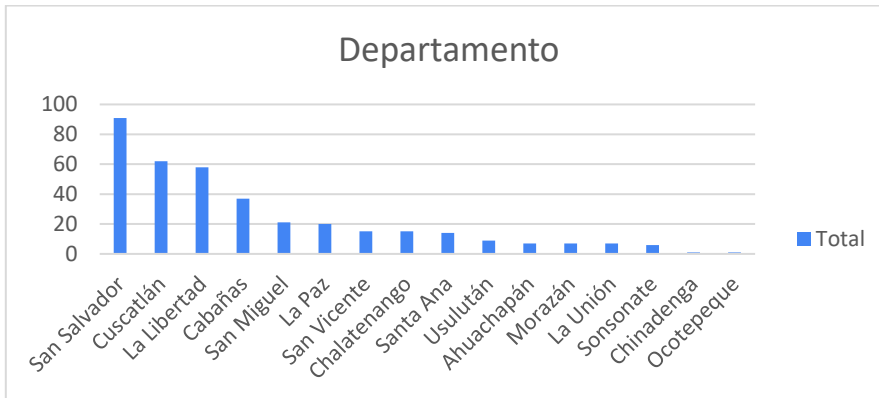
Gráfico 11.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El 67.6% de los pacientes provienen del área urbana, y el 33.4% restante proviene del área rural, denotando que la mayor cantidad de pacientes interconsultados pertenecen al área urbana del país.

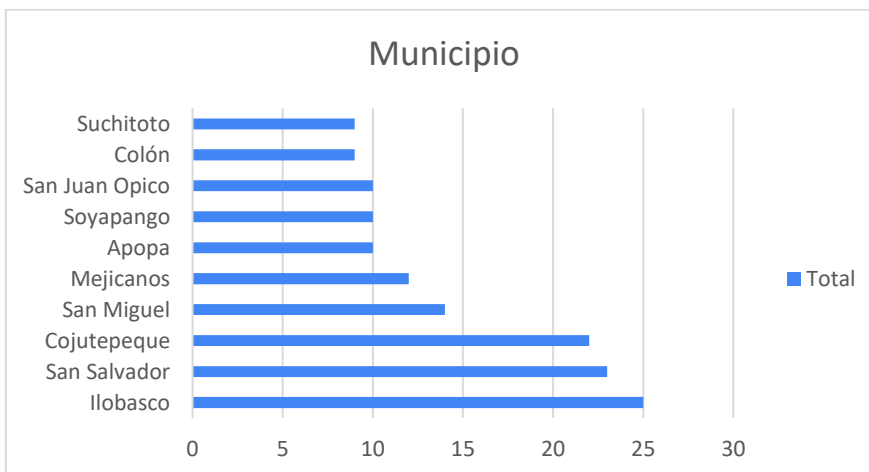
Gráfico 12.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El 24.5% de los pacientes atendidos (91 atenciones) eran provenientes del departamento de San Salvador, seguido del municipio de Cuscatlán, con un 16.7% de pacientes atendidos (62 atenciones), también figura con un importante 15.6% el departamento de La Libertad (58 atenciones) y el departamento de Cabañas con un 10% de atenciones (37 atenciones).

Gráfico 13.



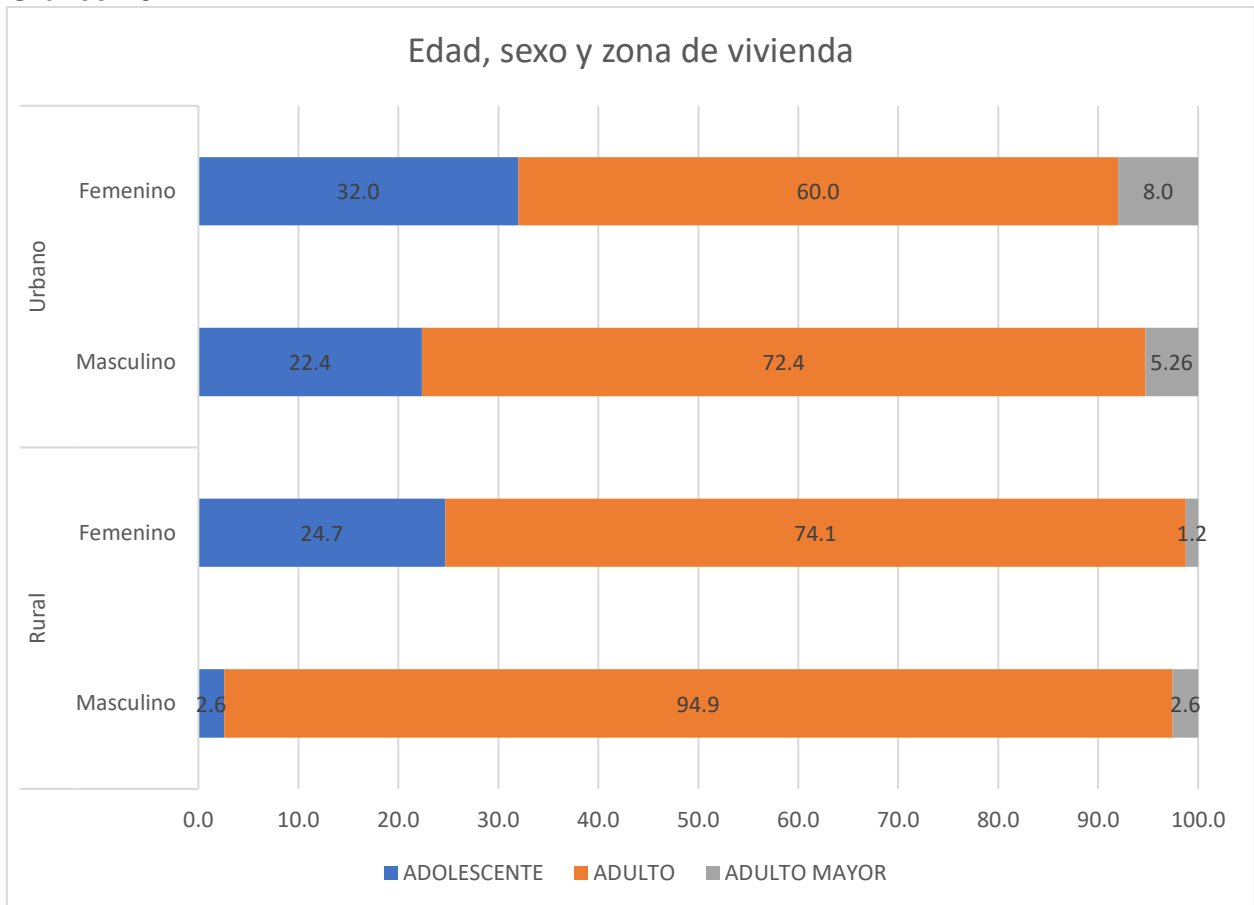
Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: Debido a la gran cantidad de municipios presentes en la investigación (120 municipios) se decide colocar los 10 municipios más frecuentemente encontrados en la investigación.

En primer lugar, encontramos al municipio de Ilobasco con un 6.7% (25 atenciones), seguido del municipio de San Salvador, con un 6.2% (23 atenciones), luego al municipio de Cojutepeque con un 5.9% (22 atenciones) y al municipio de San Miguel con un 3.7% (14 atenciones) y en décimo lugar tenemos al municipio de Suchitoto con un 2.42% (9 atenciones).

Análisis multivariable

Gráfico 16.

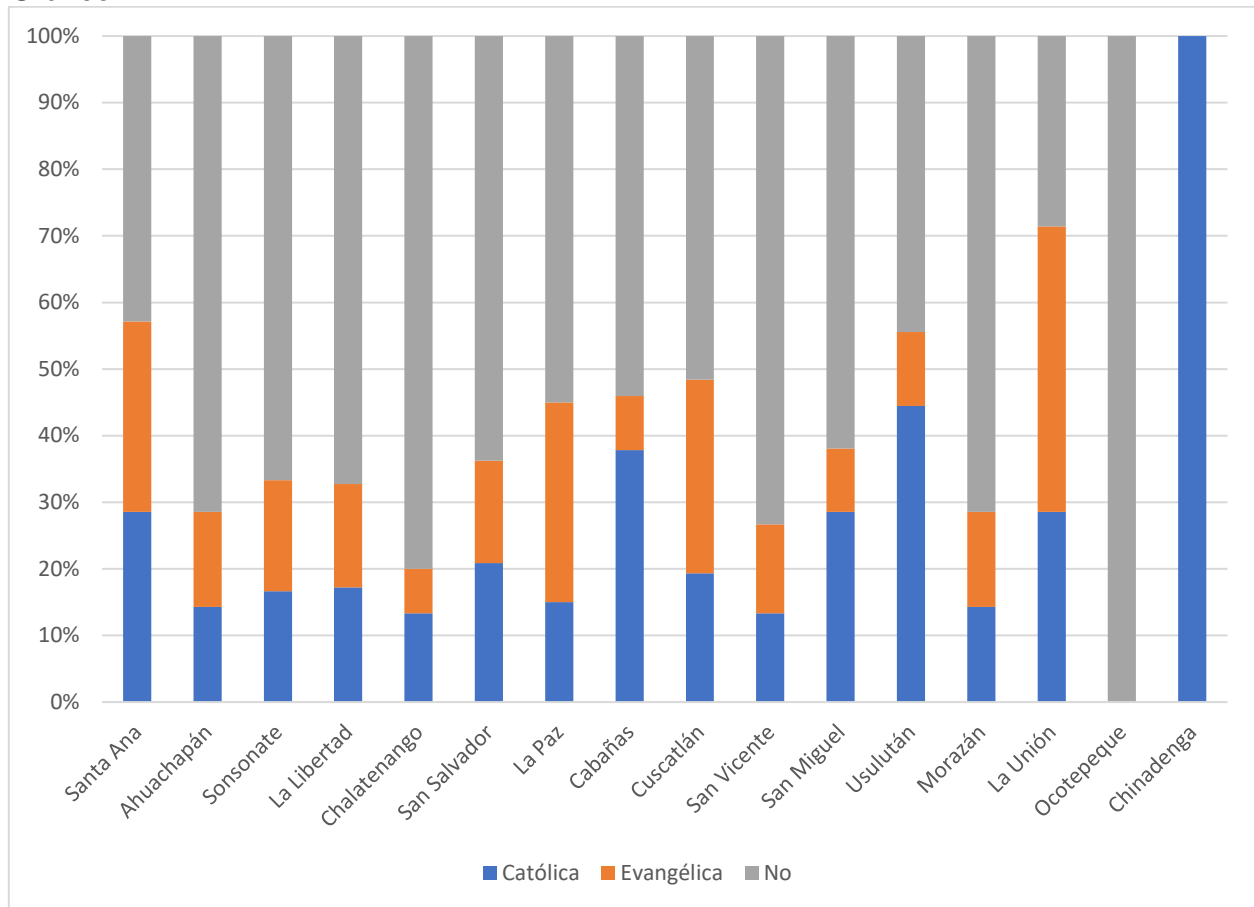


Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: En lo correspondiente al área urbana, el 60% de los pacientes atendidos correspondían al sexo femenino y a adultos, por el contrario, el 72.4% de pacientes atendidos fueron masculinos en la adultez.

Al hablar del área rural encontramos un panorama similar, correspondiente el 74% al sexo femenino y adultas; el 94.9% de masculino atendidos de igual forma correspondían a adultos.

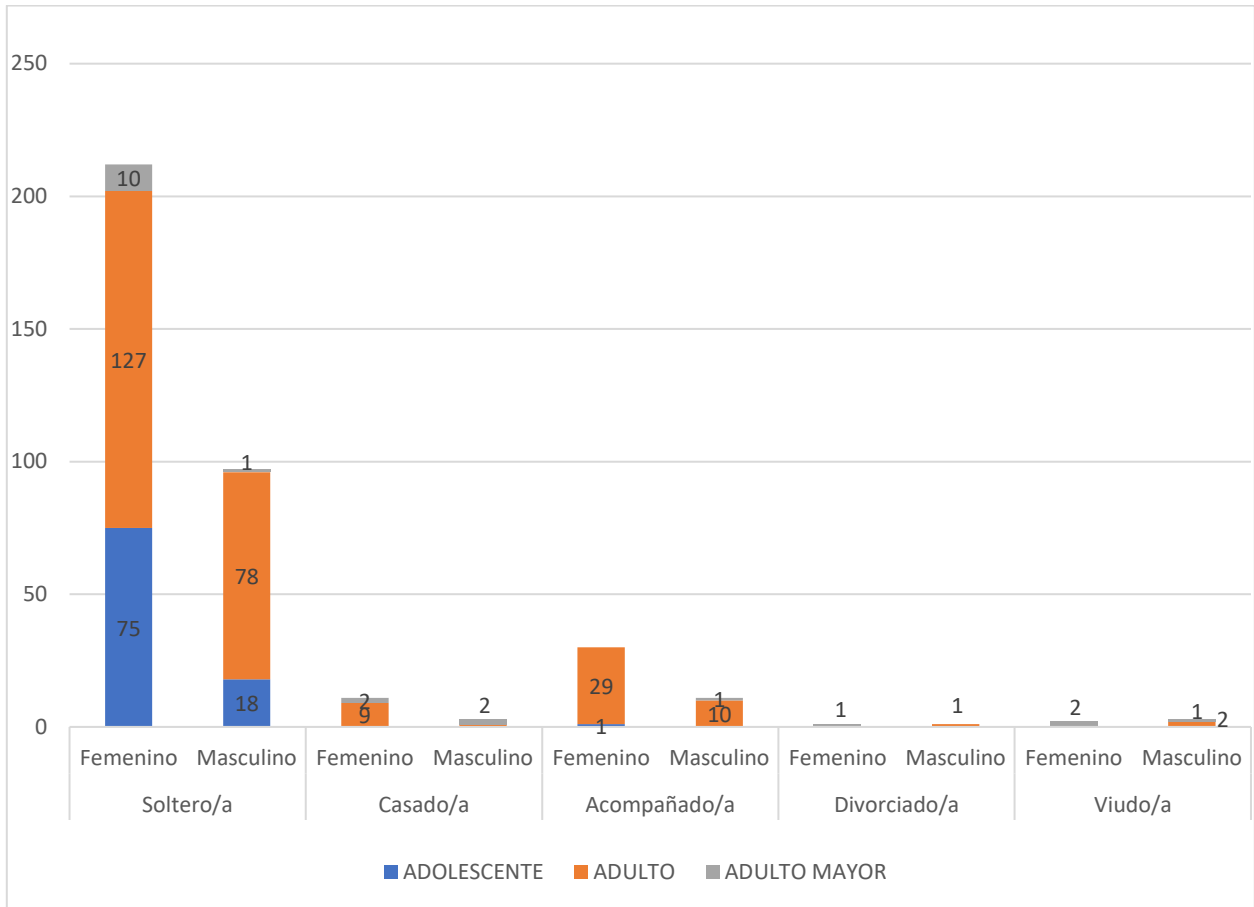
Gráfico 17.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: En cuando a las religiones según departamento podemos evidenciar que en los departamentos en donde mas pacientes atendidos se encontraron que correspondían a: San Salvador en donde la mayoría de pacientes no practicaba ninguna religión, Cuscatlán en donde se ve una mayor presencia de la religión evangélica pero predomina aun el no practicar ninguna religión y por ultimo La Libertad, en donde de igual forma la mayor cantidad de pacientes no practicaba ninguna religión, siendo un denominador común el no practicar ninguna religión.

Gráfico 18.

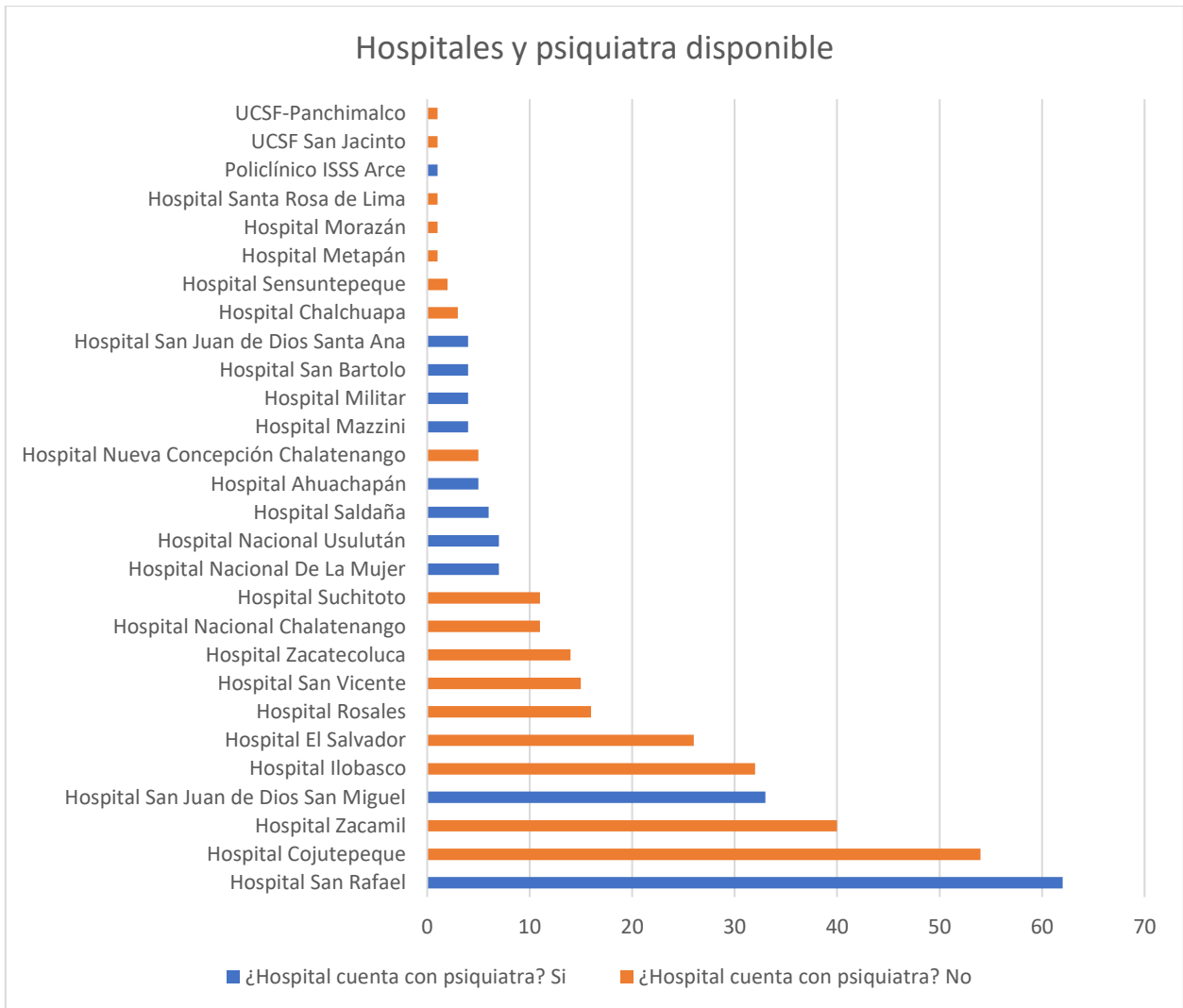


Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: La mayor cantidad de pacientes atendidos se encontraban solteros, correspondiendo más al sexo femenino y con una notable predominancia en el rango de edad de la adultez.

Es notable la tendencia a la baja a encontrarse casado o acompañado sin distinción de sexo.

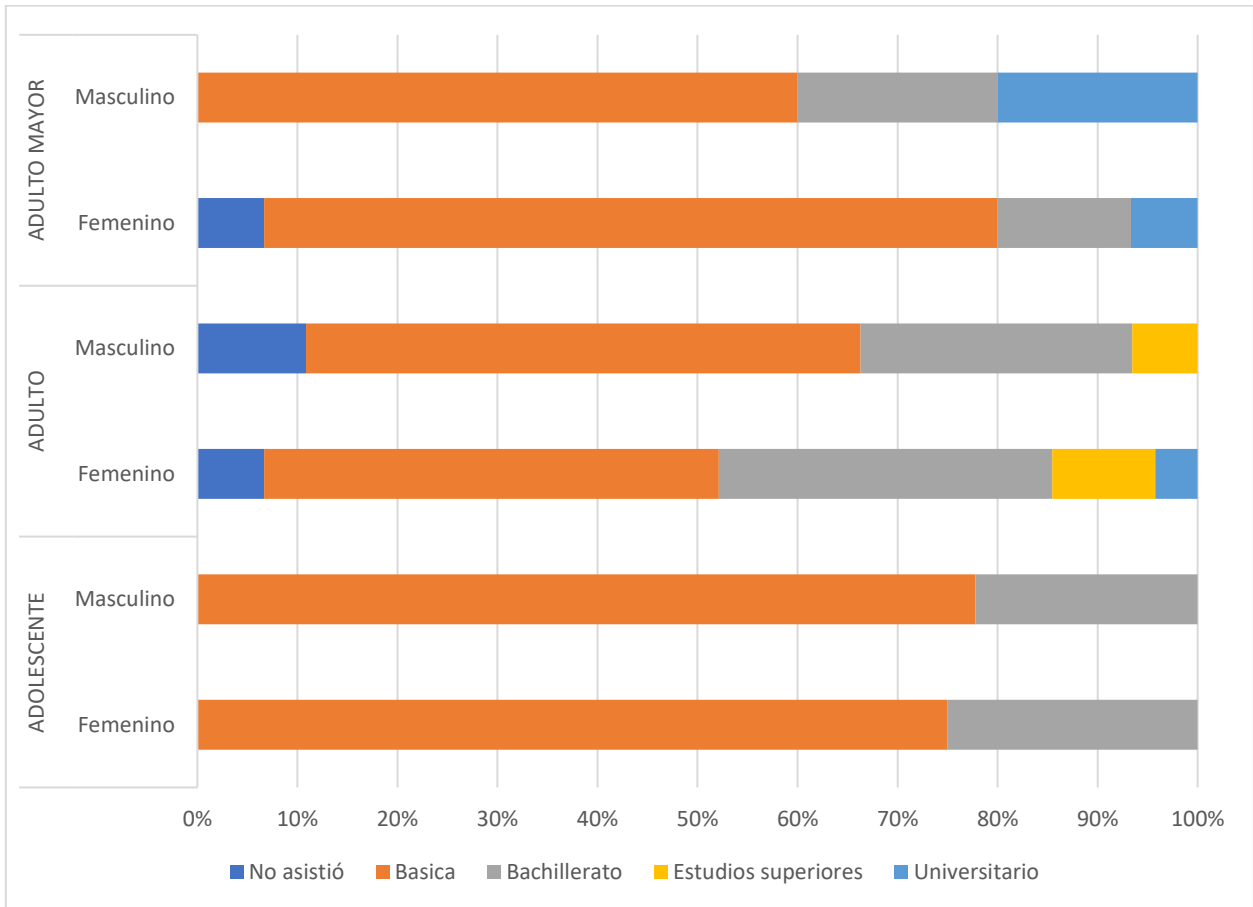
Gráfico 19.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: El hospital que mayores interconsultas solicito fue el Hospital San Rafael en donde si se cuenta con psiquiatra de planta en horario hábil, seguido del Hospital de Cojutepeque quien no cuenta con un psiquiatra en dicho centro y finalmente del Hospital Zacamil en donde para dicha fecha no contaba con un psiquiatra de planta en horario hábil.

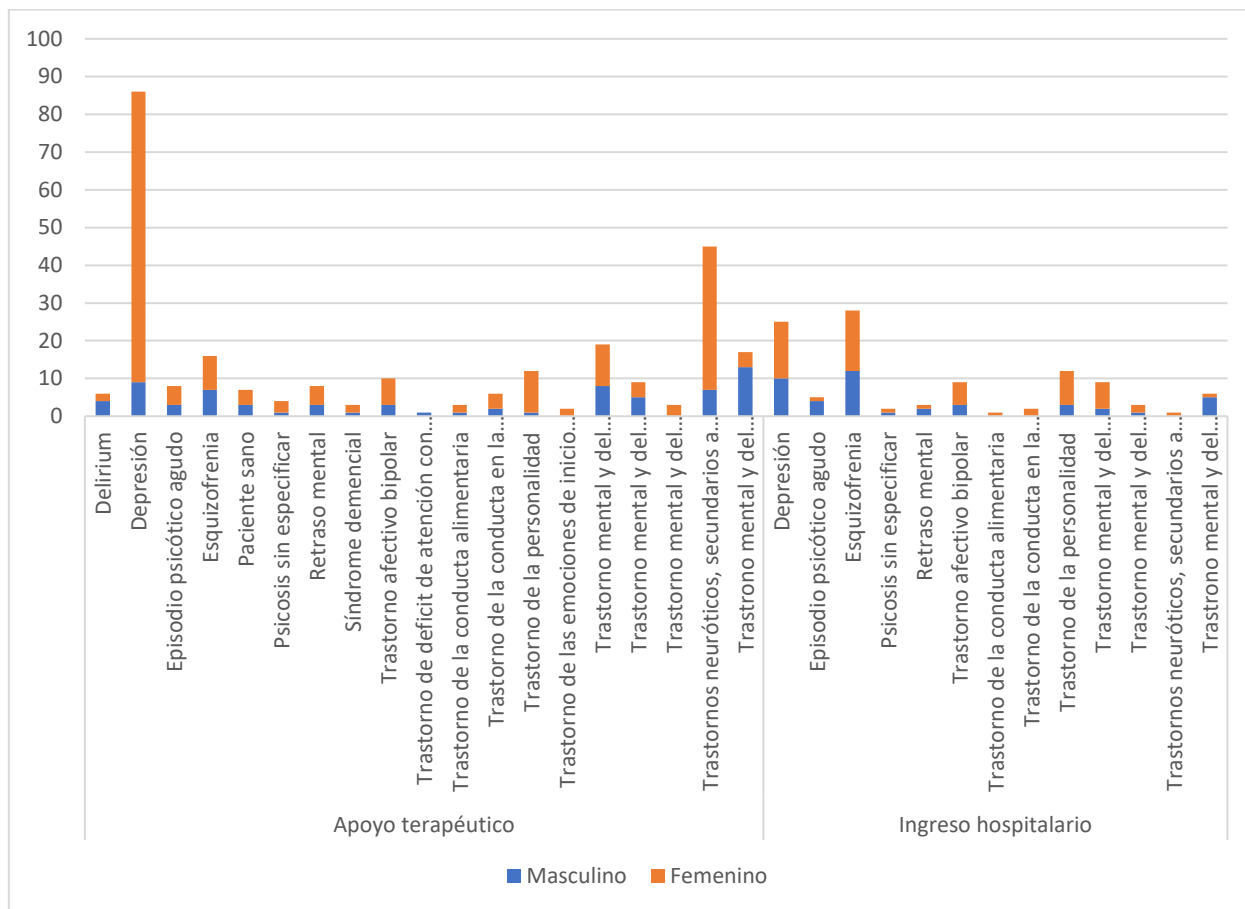
Gráfico 20.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

+9Análisis: Como esperado la mayoría de adolescentes cuenta con una educación básica sin distinción de sexo, en cuanto a los adultos, predomina la educación básica en donde se encuentra una predominancia del sexo masculino sobre el femenino, hay presencia de más pacientes femeninas que cuentan con estudios superiores que los pacientes masculinos, finalmente en los adultos mayores, continúa la tendencia en donde sin distinción de sexo hay una predominancia del nivel académico básico.

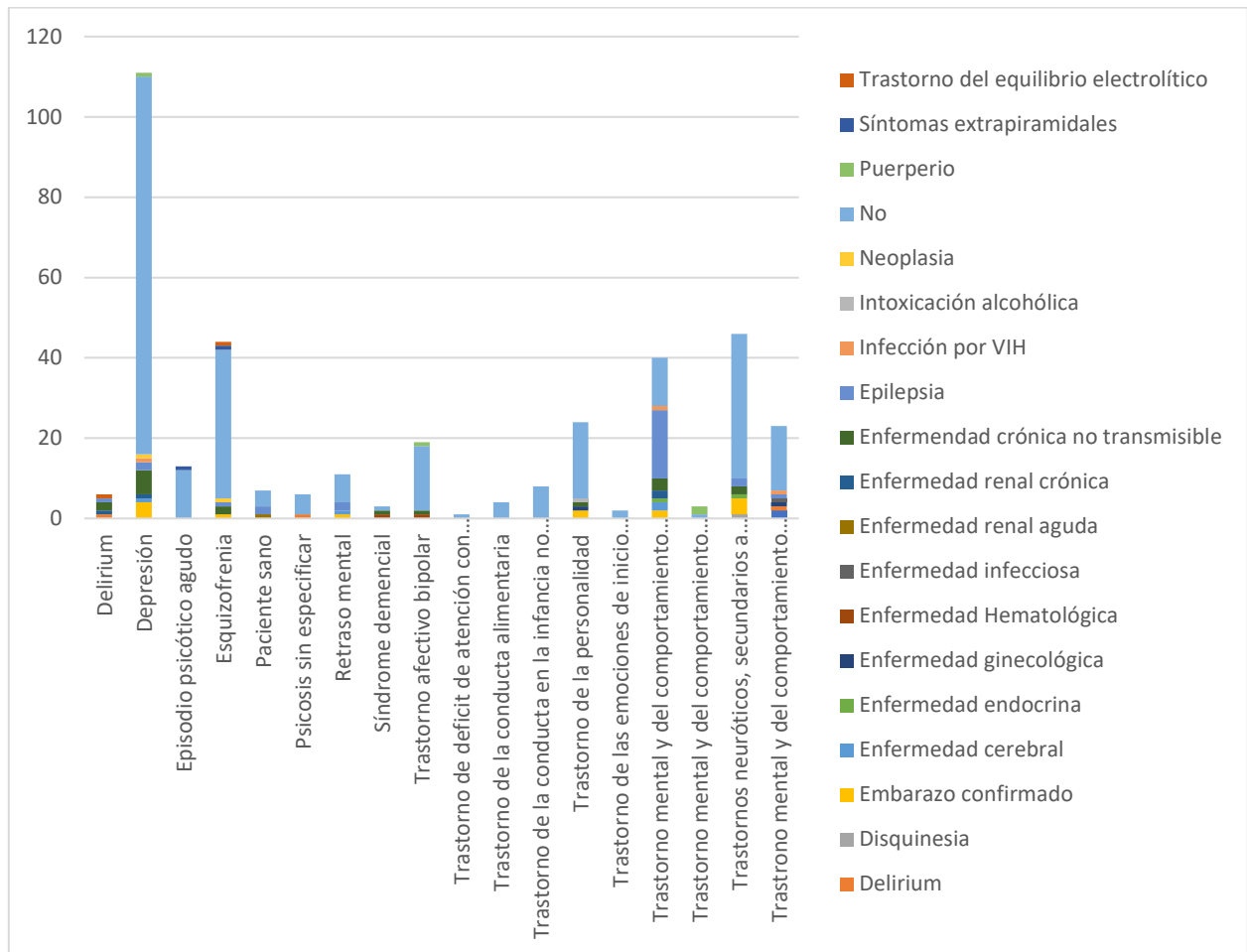
Gráfico 21.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: La patología psiquiátrica que más necesito ingresos hospitalarios corresponde al espectro de la esquizofrenia, seguido de los trastornos depresivos y como tercer lugar tenemos a los trastornos de la personalidad. Al mismo tiempo en los diagnósticos que más se brindó apoyo terapéutico esta el trastorno depresivo y los trastornos neuróticos.

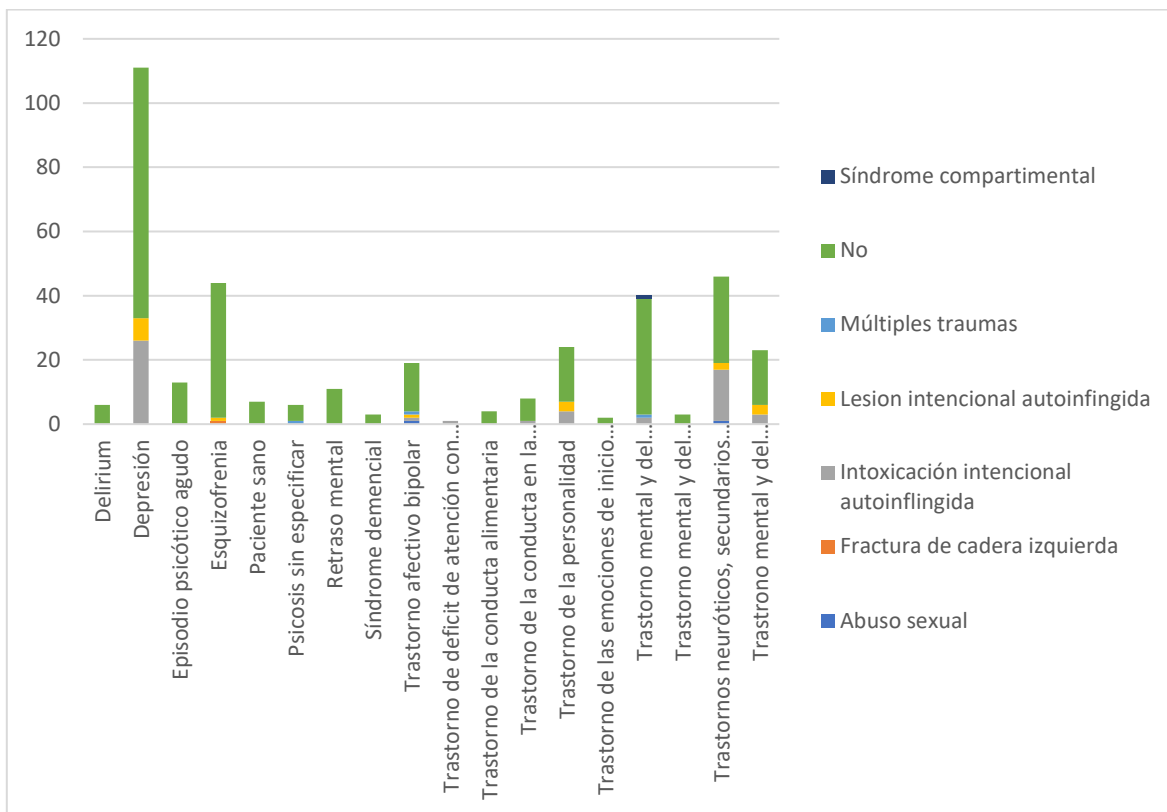
Gráfico 22.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: La patología psiquiátrica que cuenta con mayores comorbilidades médicas corresponde a las depresiones en donde hay una notable presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, seguido de los trastornos asociados a lesión cerebral en donde se asocia predominantemente la epilepsia y por último los trastornos neuróticos que se evidencian acompañados en una proporción importante de neoplasias.

Gráfico 23.



Fuente: formulario en Google forms de elaboración propia extrayendo información del expediente clínico en sis de las interconsultas solicitadas en el periodo de enero-diciembre 2023.

Análisis: Las atenciones de interconsultas con el diagnóstico de cuadros depresivos se acompañaron principalmente de intoxicaciones y lesiones intencionales autoinflingidas, seguido de los trastornos neuróticos en donde también se evidencia una alta proporción de intoxicaciones y lesiones intencionales autoinflingidas, finalmente le siguen los cuadros asociados a consumo de sustancias en donde también se evidencian tanto intoxicaciones como lesiones intencionales.

Discusión

Los hallazgos encontrados dentro de la investigación demuestran que el diagnóstico psiquiátrico más comúnmente diagnosticado y encontrado dentro de las interconsultas solicitadas al hospital psiquiátrico durante el 2023 fueron los trastornos depresivos, haciendo un total del 26% del total de todas las interconsultas solicitadas.

Concuerda con datos reportados por organización mundial de la salud (OMS) en donde se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. ²¹

Con respecto a los principales diagnósticos médicos y de lesión de causa externa tenemos a la epilepsia como principal diagnóstico médico, siendo estos hallazgos compatibles con investigaciones internacionales en donde se menciona como la epilepsia tiene un riesgo ocho veces mayor de presentar sintomatología psiquiátrica (Bertrand de Toffol 2024) lo cual hace frecuente la presencia de pacientes con esta comorbilidad en unidades de emergencia psiquiátrica, seguido de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a las lesiones de causa externa más frecuentes tenemos a la intoxicación y la lesión intencional autoinflingida correspondiendo al espectro del intento de suicidio.

Un interesante estudio nacional revela como la amplia distribución de plaguicidas ha favorecido el incremento de las intoxicaciones en los países en vías de desarrollo. En El Salvador se reporta una tasa de incidencia de 35 intoxicados x 100 000 habitantes, el promedio anual de intoxicados fue de 1497 casos. La edad promedio de la población afectada fue de 31 años (± 17.2) destacándose a los hombres (68.6 %), principalmente del área rural (74.7 %) como los más afectados (Quinteros Martínez, E. R., & López Vásquez, J. A. 2019)

Con respecto a los datos epidemiológicos de las interconsultas solicitadas tenemos al sexo femenino, el rango de edad más evaluado fue el de los 10-20 años, seguido por el de los 20-30, la mayoría solteras, con una educación básica, no practicaban ninguna religión, no se encontraban privadas de libertad y pertenecían al área urbana.

Al contrastar con los resultados obtenidos de un estudio peruano en un hospital general dentro de la unidad de psiquiatría de enlace llama la atención que: El paciente típico en la muestra evaluada por la Unidad de Psiquiatría de Enlace del HNGAI es mujer, a finales de la quinta década de vida, que padece una enfermedad médica no psiquiátrica y sufre ansiedad como cuadro emocional más

prevalente (Huarcaya-Victoria, Jeff, Segura, Victoria, Cárdenas, Danitza, Sardón, Kathia, Caqui, Mónica, & Podestà, Ángela. 2022)

El departamento que más solicita interconsultas corresponde a San Salvador, que es donde se encuentra la ubicación del Hospital Referencia, seguido de Cuscatlán y La Libertad; El municipio más encontrado fue Ilobasco, seguido de San Salvador y Cojutepeque, en concordancia con los departamentos más frecuentes.

El hospital que más interconsultas solicita es el hospital san Rafael, junto con el Hospital Nacional de Cojutepeque y el Hospital Zacamil, siempre en concordancia con los resultados de departamento y municipio; haciendo énfasis en que el Hospital San Rafael cuenta con psiquiatra de planta, así como también el Hospital Zacamil.

El 63% de las interconsultas solicitadas provenían de hospitales que no contaban con psiquiatra de planta o de emergencia, lo cual denota la ausencia de la presencia o figura de un médico psiquiatra en dichas zonas.

Conclusiones

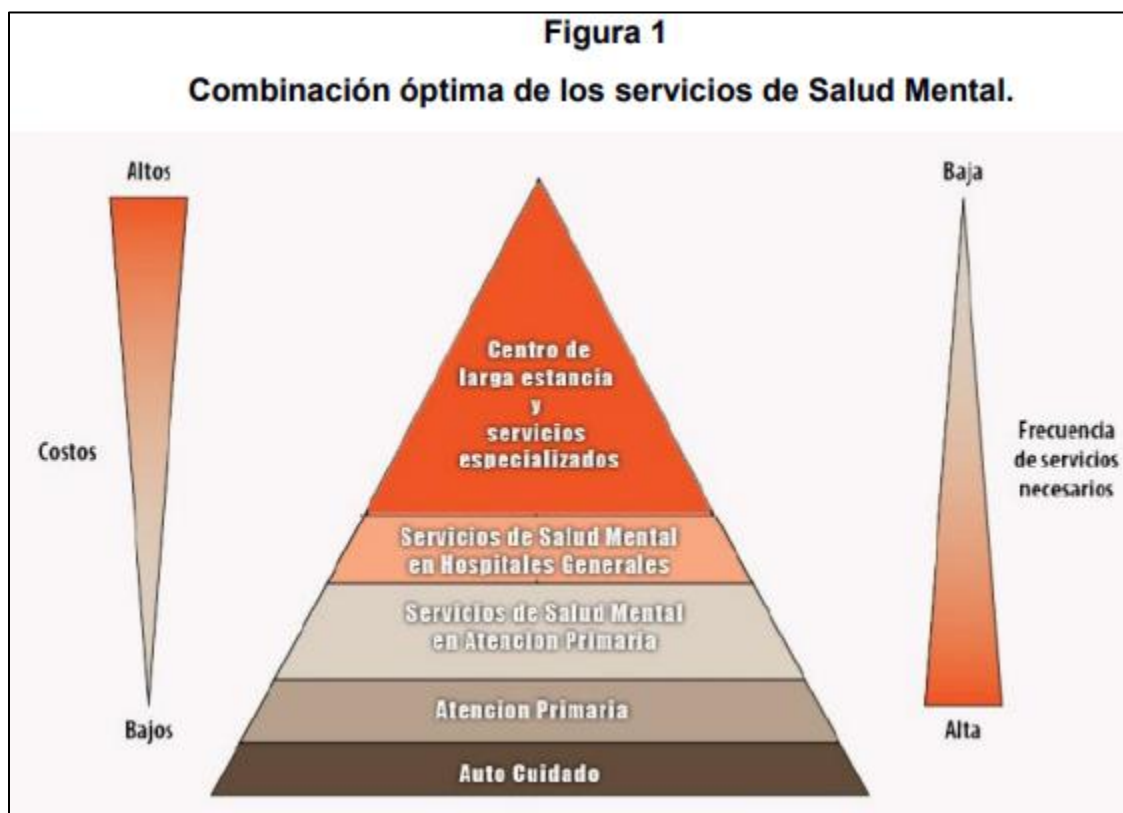
- El principal diagnóstico psiquiátrico encontrado en las interconsultadas solicitadas durante todo el año 2023 a la unidad de emergencia fue el trastorno depresivo con un total del 26.4% del número total de interconsultas sumando el total de diagnósticos del espectro depresivo que engloban: Episodio depresivo grave con y sin síntomas psicóticos y episodio depresivo moderado.
- La principal comorbilidad médica presente en las interconsultas solicitadas durante el año 2023 a la unidad de emergencia correspondió a la epilepsia con un total del 7.5% de todas las interconsultas.
- La principal lesión de causa externa encontrada durante las interconsultadas solicitadas en el año 2023 a la unidad de emergencia correspondió a intoxicación intencional autoinflingida con el 14.5% de todas las interconsultas.
- El perfil sociodemográfico del paciente interconsultado es: Femenina entre el rango de edad de 10-20 años, proveniente del área urbana, con educación básica, soltera y no privada de libertad, probablemente del departamento de San Salvador y del mismo municipio, estando ingresada en un hospital que generalmente no cuenta con psiquiatra de planta asignado.
- El hospital que más solicitó interconsultas a la unidad de emergencia durante el año 2023 fue el Hospital Nacional San Rafael, quien cuenta con psiquiatra de planta para atención de sus pacientes.

Recomendaciones

1. Gestionar la cobertura de especialistas en los hospitales mas interconsultados que no cuenten con psiquiatra, asignando especialistas a dichos centros con los nuevos médicos psiquiatras egresados por cada año
2. Implementar o aumentar el numero de capacitaciones del área de la salud mental en los diferentes centros de salud para que los médicos aprendan a referir oportunamente y se logre la evaluación inicial por psicología para todos los casos
3. Reforzar el uso de las camas hospitalarias asignadas a la especialidad de psiquiatría en hospitales de segundo nivel para poder manejar patologías sin necesidad de referir a tercer nivel
4. Evaluar la posibilidad de gestionar la colocación de terapia electroconvulsiva en el hospital san juan de dios San Miguel, pues en dicho centro se reciben referencias por fracaso en el manejo farmacológico del paciente por ausencia de terapia en dicho centro
5. Valorar capacitar a médicos psiquiatras graduados a través de instituto nacional de salud en la alta especialidad de psiquiatría de enlace para iniciar un verdadero programa de dicha especialidad en el país

Anexos

Anexo 1. Pirámide marco de la OMS. Combinación óptima de los servicios de salud mental.



Anexo 2. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría.

Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002

Declaración de Madrid.

En 1977, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la Declaración de Hawái en la que se establecían las normas éticas para la práctica de la psiquiatría. La Declaración fue actualizada en Viena, en 1983. Con el objeto de incorporar los cambios en las actitudes sociales y los avances de la medicina, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha examinado y revisado de nuevo algunas de esas normas éticas. La medicina es tanto un arte curativo como una ciencia. La dinámica de esta combinación se manifiesta, más que en ningún otro caso, en la psiquiatría, que es la rama de la medicina especializada en la asistencia y la protección de los personas enfermas o discapacitadas debido a algún trastorno o deficiencia mentales. A pesar de las diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible el desarrollo y la revisión permanente de normas éticas de alcance universal. En tanto que clínico, el psiquiatra debe tener en cuenta las implicaciones éticas del ejercicio de la medicina, así como de las exigencias éticas específicas de la especialidad de la psiquiatría. Por otra parte, como miembro de la sociedad, el psiquiatra debe defender el tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos. El comportamiento ético se basa en la conciencia de la responsabilidad del propio psiquiatra con cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cuál es el comportamiento correcto y adecuado. Las directrices y normas externas tales como los códigos deontológicos profesionales, las aportaciones de la ética o la normativa legal, no garantizan por sí solas una práctica ética de la medicina. El psiquiatra debe tener en cuenta siempre los límites de la relación psiquiatra-enfermo y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad. Con este espíritu, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en su Asamblea General de 25 de agosto de 1996 las siguientes directrices éticas, que fueron actualizadas en su Asamblea General de 26 de agosto de 2002, y son la referencia para el comportamiento de los psiquiatras de todo el mundo.

1. La psiquiatría es una disciplina médica cuyos objetivos son proporcionar el mejor tratamiento posible para los trastornos mentales, rehabilitar a las personas que sufren estas enfermedades y promover la salud mental. El psiquiatra debe atender a sus pacientes proporcionándoles el mejor tratamiento disponible de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados. El psiquiatra debe seleccionar las intervenciones terapéuticas menos restrictivas para la libertad de sus pacientes y debe buscar asesoramiento en todo lo que no tuviere

una experiencia suficiente. Además, el psiquiatra debe tener en cuenta y preocuparse por una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2. Es deber del psiquiatra mantenerse al corriente de los avances científicos de su especialidad y de transmitir estos conocimientos debidamente actualizados. Los psiquiatras con experiencia en investigación deben procurar el avance de las fronteras científicas de la psiquiatría.

3. El paciente debe ser aceptado, por derecho propio, como un colaborador en el proceso terapéutico. La relación psiquiatra-enfermo debe basarse en la confianza y respeto mutuos, para permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante para que pueda tomar decisiones lógicas de acuerdo con sus propios valores y preferencias.

4. Cuando el paciente esté incapacitado, no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario, buscar asesoramiento legal, para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le rodean. El tratamiento debe tener siempre como objetivo el interés del paciente.

5. Al ser requerido para evaluar a una persona, el psiquiatra tiene como primer informarle claramente sobre el propósito de la intervención profesional, el uso que se fuere a hacer de sus resultados y las posibles repercusiones de la evaluación. Esto es particularmente importante cuando intervengan terceras partes.

6. La información obtenida en la relación terapéutica es confidencial y su única y exclusiva finalidad es mejorar la salud mental del paciente. El psiquiatra tiene prohibido hacer uso de esta información en su propio beneficio, por motivos económicos o académicos. Sólo se permite la violación de la confidencialidad cuando el mantenerla pudiere dar lugar a un daño físico o mental graves para el paciente o para una tercera persona, tal y como ocurre en el abuso infantil. En estos casos, el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las medidas a tomar.

7. Una investigación que no se realice de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Toda investigación debe ser aprobada por un comité ético debidamente constituido. El psiquiatra debe someterse a la normativa, nacional e internacional, para la investigación. Sólo los psiquiatras debidamente cualificados pueden dirigir o llevar a cabo una investigación. Es necesario extremar las

precauciones para salvaguardar la autonomía y la integridad física y mental de las personas con trastornos psiquiátricos, ya que son sujetos de investigación especialmente vulnerables. Las normas éticas también se aplican a la selección de grupos de población, en todo tipo de investigación, incluyendo los estudios epidemiológicos y sociológicos y las investigaciones en colaboración de naturaleza multidisciplinaria o multicéntrica

Referencias bibliográficas

1. Unidades de Salud [Internet]. Fondo Solidario para la Salud. 2020 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://fosalud.gob.sv/servicios/servicios-5/>
2. Salvador S, De O. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud mental [Internet]. Gob.sv. [cited 2023 Nov 6]. Available from: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_salud_mental_v2.pdf
3. Salvador S. Política nacional de salud mental [Internet]. Gob.sv. [cited 2023 Nov 6]. Available from: https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politicanacionalsaludmental_2018.pdf
4. Leigh H, Streltzer J. Handbook of consultation-liaison psychiatry. Streltzer J, editor. New York, NY: Springer; 2008.
5. Chadda R, Sarkar S. Handbook of Consultation Liaison Psychiatry. Chadda RK, Sood M, Eds SS, editors. 2021
6. Erazo R. PSIQUIATRÍA DE ENLACE E INTERCONSULTA Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA: UN SUTIL EQUILIBRIO. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):826–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.11.002>
7. Hosseini SH, Elyasi F, Moradi S, Rezapour M. Psychiatric consultations in general hospitals: A scoping review. Iran J Psychiatry Behav Sci [Internet]. 2020;14(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.5812/ijpbs.100516>
8. Levenson JL, editor. The American psychiatric publishing textbook of psychosomatic medicine. American Psychiatric Publishing; 2010
9. Sánchez Díaz EI. UNIDAD DE INTERCONSULTA Y ENLACE DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN MEMORIA AÑO 2020 [Internet]. Comunidad.madrid. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/file/4988/download?token=zZQdK58P>
10. Magariños. MCC. Psiquiatría de interconsulta y enlace [Internet]. Unirioja.es. 2009 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4201829.pdf>

11. Crespo Hervas MD, Martín Vázquez MJ. Psiquiatría de interconsulta y enlace [Internet]. Psiquiatría.com. [cited 2023 Nov 7]. Available from: https://psiquiatria.com/tratado/cap_54.pdf
12. Cavanaugh SVA. Depression in the medically ill. Psychosomatics [Internet]. 1995;36(1):48–59. Available from: <https://udocentepsiquiou.files.wordpress.com/2016/04/rotacic3b3n-psiquiatria-enlace.pdf>
13. Leentjens AFG, van Baalen A, Kuijpers HJH, Lambooi SLE, Schubart CD, Sno HN, et al. The revised guideline on consultation-liaison psychiatry of the Netherlands Psychiatric Association. J Psychosom Res [Internet]. 2018; 110:12–4. Available from: https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/76216981/Leentjens_2018_The_revised_guideline_on_consultation.pdf
14. Tratamientos psiquiátricos: psicología e interconsulta psiquiátrica [Internet]. Centro de Neurodesarrollo. Centro de Neurodesarrollo y la Conducta; 2019 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.centrodeneurodesarrollo.com/psiquiatria-enlace-beneficios/>
15. Alarcón RD. ESTIGMA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):818–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.09.001>
16. González M, Carreño M. PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y MEDICINA DE ENLACE, NUEVOS ALCANCES. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):944–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.012>
17. Zalaquett P, Muñoz E. INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):835–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.11.008>
18. Carvajal C. EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO COMO EXPERIENCIA TRAUMÁTICA. ALGUNAS REFLEXIONES. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):841–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.010>
19. Seijas D. PSIQUIATRÍA DE ENLACE EN ADICCIONES EN EL HOSPITAL GENERAL. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):881–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.011>
20. Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL. Rev médica

Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):914–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.004>

21. Depresión. (n.d.). Who.int. Retrieved May 26, 2025, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

22. de Toffol, B. (2024). Epilepsy and psychosis. *Revue Neurologique*, 180(4), 298–307. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.12.005>

23. Quinteros Martínez, E. R., & López Vásquez, J. A. (2019). Acute pesticide poisonings epidemiology in El Salvador. *ALERTA Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 2(2), 125–134. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7846>