

MANUAL DEL SOFTWARE DE SALUD MENTAL



OFICINA ASESORA DE PLANEACION

OFICINA ASESORA DE PLANEACION

MANUAL DEL SOFTWARE DE SALUD MENTAL



Este manual es de propiedad exclusiva del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, por lo cual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado, total o parcialmente por cualquier medio sin la previa autorización de la Dirección del IDSN, el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad.

Elaboró: RUTH JIMENA INSUASTY D. Contratista.	Revisó: GUSTAVO CUELLAR DE LOS RIOS Profesional Especializado	Aprobó: NILZA VILLOTA Jefe de Planeación
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014	Fecha: 29-04-2014

MANUAL DE SISTEMA DE SALUD MENTAL

1. Acceder a la pagina del Instituto Departamental de salud
 2. En la url digitar <http://www.idsn.gov.co/>
 3. En la sección Sistemas de Información
 4. Seleccionar SALUD MENTAL
5. **Usuario:** Digitar el nombre de usuario asignado a su entidad
Contraseña: Digitar la contraseña asignada a su entidad



Instituto Departamental de Salud de Nariño.

6. Una vez que haya ingresado al sistema con su nombre de usuario y contraseña Correcta, aparece la siguiente ventana en donde le permitirá ingresar la información en los diferentes formularios



Municipio: Aldana E.S.E. CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL PILAR Cerrar Sesión

DATOS Paciente ASSIST RQC Niños SRQ Adultos APGAR Familiar Reportes

Instituto Departamental de Salud de Nariño.

1- DATOS PACIENTE: Se registra la información personal del paciente. El sistema se conecta a la base de datos Única de Afiliados (BDUA), para facilitar el ingreso de la información. Para ello se digita el número de identificación y se tecléa TAB;

si el usuario está en la BDUA carga inmediatamente la información en el formulario como Tipo de identificación, Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo apellido, Fecha de Nacimiento, género, zona, Régimen de afiliación, aseguradora.

Se debe ingresar la información faltante. Que sería Estado civil, Orientación sexual, Etnia, Religión, Escolaridad, Discapacidad, Víctima conflicto armado, Dirección y teléfono.

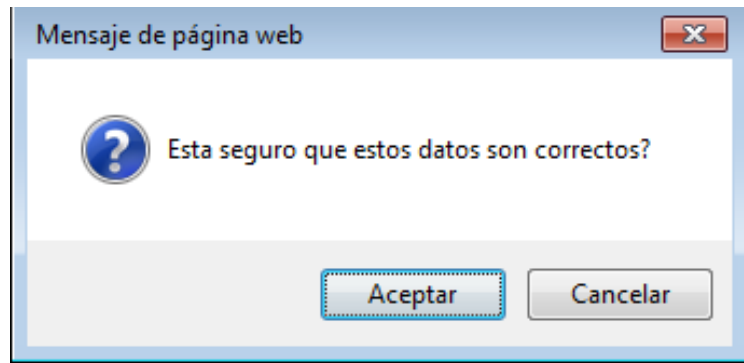
Todos los datos son obligatorios

The screenshot shows a web form titled "DATOS PERSONALES" with the following fields and values:

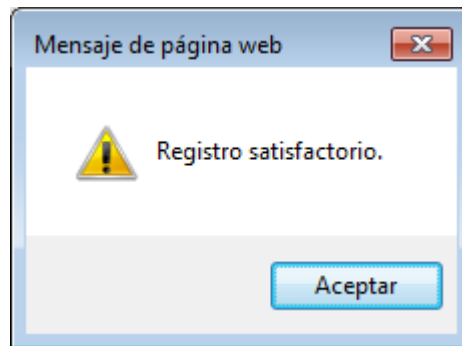
- * No. de Identificación:** 98394456
- * Tipo Identificación:** Cedula de ciudadanía
- * Primer Nombre:** HERNANDO
- Segundo Nombre:** FERNEY
- * Primer Apellido:** RODRIGUEZ
- Segundo Apellido:** MENESES
- * Fecha Nacimiento:** 12/05/1976
- * Género:** [dropdown]
- * Zona:** [dropdown]
- * Régimen de Afiliación:** Contributivo
- * Aseguradora:** SALUDCOOP EPS
- * Estado Civil:** [dropdown]
- * Orientación Sexual:** [dropdown]
- * Etnia:** [dropdown]
- * Religión:** [dropdown]
- * Escolaridad:** [dropdown]
- * Discapacidad:** No
- * Víctima Conflicto Armado:** Ninguna
- * Dirección:** [text input]
- * Teléfono:** [text input]

Buttons: "Aceptar" and "Cancelar"

Después de ingresar la información dar click en el botón Aceptar, aparece una alerta donde pregunta



Se da click en aceptar , aparece la siguiente alerta




En el momento q aparece la anterior ventana “registro satisfactorio” y se da click en aceptar. Se ha guardado la información del paciente.

Al paciente se lo registra una sola vez en el sistema.

TAMIZAJES

- 1- **ASSIST:** Esta opción permite ingresar información relacionada Test de consumo de alcohol, tabaco y drogas, consta de 8 preguntas.

Lo primero que se tiene q verificar es si el paciente esta registrado en el sistema, para ello se ingresa la **Fecha** en que se realiza la encuesta y el **numero de Identificacion** del paciente, luego dar click en el boton buscar

Fecha:  No. de Identificación:

Si el paciente se encuentra registrado aparece la siguiente ventana, con la información básica del paciente y el formato de la encuesta para ingresar la información.

Nombre:	Fecha Nacimiento:	Genero:	Zona:	Discapacidad:	Etnia:	Escolaridad:	Regimen:
hector jaime lopez rivera	12/09/1971	M	Rural	SI	Indígena	Primaria Completa	

Pregunta Número: 1

A lo largo de su vida ¿Cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO MEDICOS)	No	Si
a. Tabaco(Cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licores destilados, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extais, pildoras, adelgazantes, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Inhalantes (Pegantes, gasolina, solventes, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimasin/Alprazolam/xzanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Otras sustancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En la parte superior aparece la información básica del paciente, de quien se esta realizando la encuesta. Nombre, Fecha de nacimiento, genero, etc

Luego encontramos el nombre de la pregunta, seguido de una serie de items con opciones de respuesta Si y NO. Se debe seleccionar una de las dos respuestas

Se debe ingresar información en todos los items para poder continuar con la encuesta, de lo contrario no lo deja continuar a la pregunta número 2 y así sucesivamente hasta llegar a la pregunta No 8.

En la pregunta Numero 8 aparece la siguiente ventana: con el botón **Calcular Puntaje** donde nos calcula automáticamente según las opciones de la encuesta seleccionadas.

INFORME CLINICO

Pregunta Número: 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por via inyectada? UNICAMENTE PARA USOS NO MEDICO	Nunca	Si en los ultimos tres meses	Si, No en los ultimos tres meses
a. ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por via inyectada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

calcular Puntaje

Al dar click en **Calcular puntaje** Aparece una alerta preguntando si los datos son correctos,

Damos click en aceptar.

Aparece la siguiente ventana informandonos la puntuación y el diagnostico de cada una de las variables

RESULTADO PuntuACION		
VARIABLE	PuntuACION	DIAGNOSTICO
a. Tabaco(Cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	12	INTERVENCION BREVE
b. Bebidas alcoholicas (cerveza, vino, licores destilados, etc)	12	INTERVENCION BREVE
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc)	12	INTERVENCION BREVE
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	12	INTERVENCION BREVE
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, extais, pildoras, adelgazantes, etc)	0	SIN INTERVENCION
f. Inhalantes (Pegantes, gasolina, solventes, etc)	0	SIN INTERVENCION
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimasin/Alprazolam/xzanax, Orfidal/Lorazepam, Rohípnol, etc)	0	SIN INTERVENCION
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc)	0	SIN INTERVENCION
i. Opiaceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc)	0	SIN INTERVENCION
j. Otras sustancias	0	SIN INTERVENCION

DATOS PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA CONSULTA	
Nombres y Apellidos :	Jimena Insuasty
Cargo:	psicologa
Teléfono:	3162506664
Email:	
Accion desarrollada :	

Aceptar

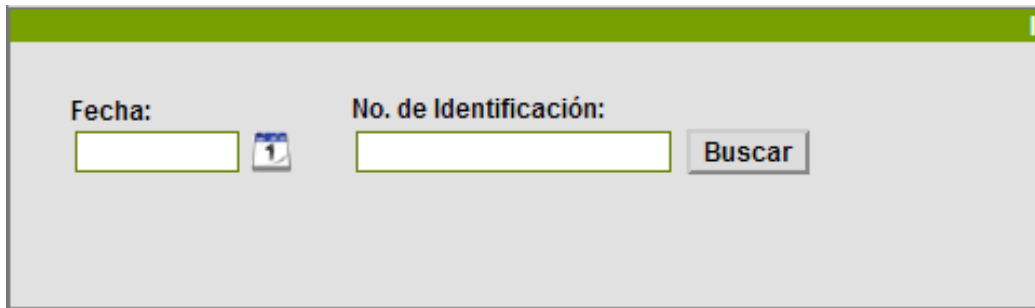
Se debe ingresar toda la información y se da click en aceptar

Aparece una alerta informando que los datos ya fueron ingresados. En ese momento se ha guardado el registro.

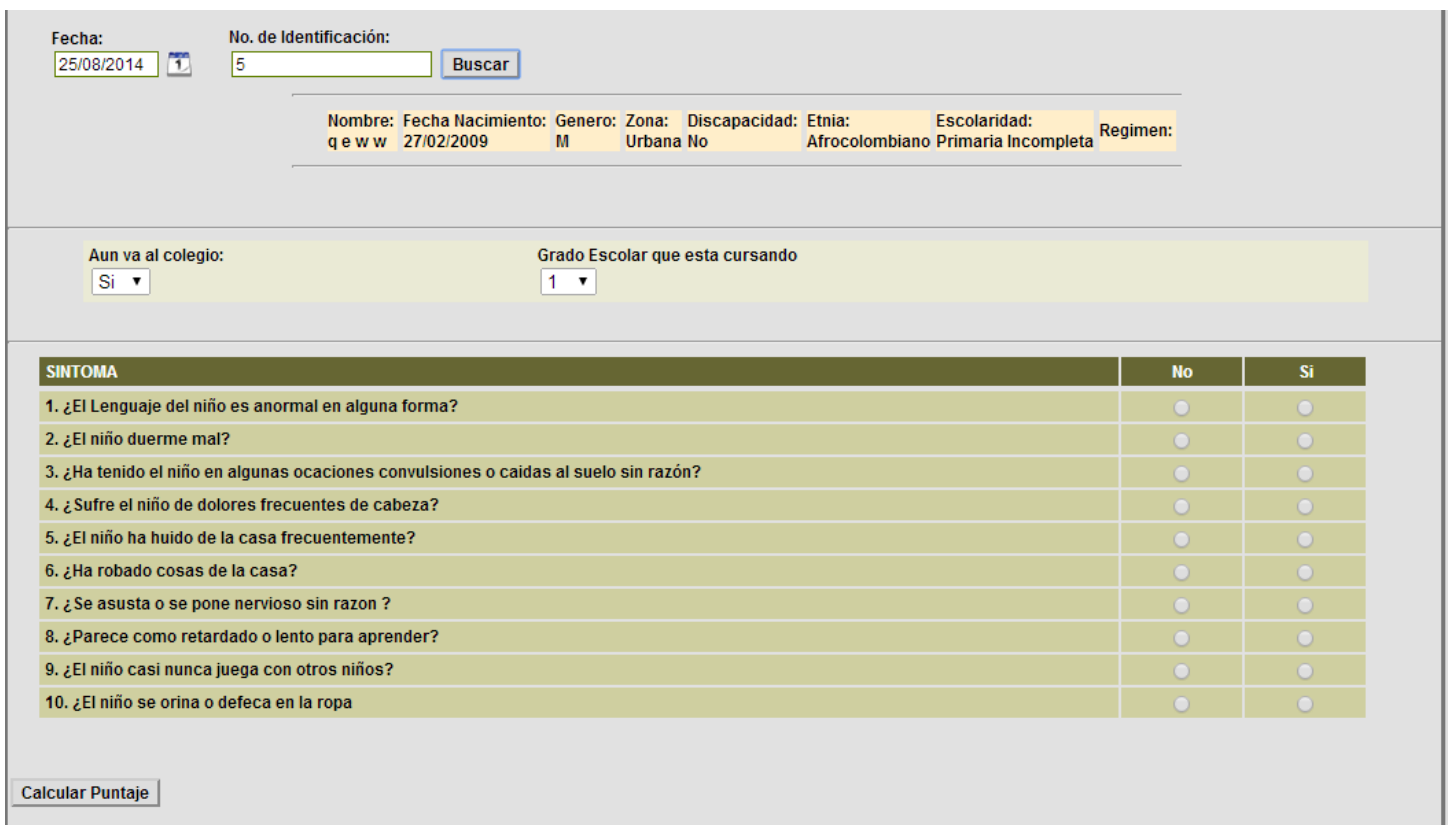
2. RQC Niños:

Es un instrumento que consta de: una parte inicial con datos de identificación sobre el niño, sus un segmento intermedio de 10 preguntas que identifican signos y síntomas de interés en salud mental infantil, el paciente debe ser menor de 15 años, el sistema valida si el paciente tiene mas de 15 años, no permite realizar la encuesta y presenta ERROR.

Para poder acceder a la encuesta se ingresa la **Fecha** en se realiza la encuesta y el **número de Identificación** del paciente y se da click en el boton buscar



Si el paciente se encuentra registrado aparece la siguiente ventana.



Fecha: 25/08/2014 No. de Identificación: 5 Buscar

Nombre: q e w w Fecha Nacimiento: 27/02/2009 Genero: M Zona: Urbana No Discapacidad: No Etnia: Afrocolombiano Escolaridad: Primaria Incompleta Regimen:

Aun va al colegio: Si Grado Escolar que esta cursando: 1

SINTOMA	No	Si
1. ¿El Lenguaje del niño es anormal en alguna forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿El niño duerme mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha robado cosas de la casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Calcular Puntaje

Aparece un formulario con las siguientes preguntas:

- Aun va al colegio: Si el niño aun va al colegio seleccionar SI,
Si el niño no va al colegio se habilita la opcion de **Nunca Fue al colegio** Marcar SI o NO
Si el niño si va al colegio se habilita la opcion de **Grado Escolar que esta cursando**
Si el niño Nunca va al colegio se habilita la opcion de **Fue al coelgio hasta la edad de**

Se ingresa la información de todos los items de la encuesta y se da click en **Calcular Puntaje**

Según las respuestas de la opción aparece **SI Amerita seguimiento** y aparece la siguiente ventana para ingresar la información de seguimiento.

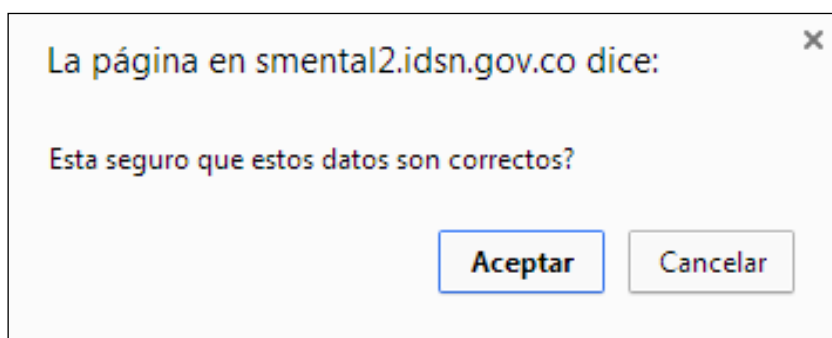
SI AMERITA SEGUIMIENTO		
SEGUIMIENTO		
Responsable de seguimiento:	Entidad:	Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 
Observaciones:	Actividad a desarrollar	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Remision a medico general <input type="checkbox"/> Remision a especialista <input type="checkbox"/> Alta (Salida)	

Ademas se ingresa la información de la persona quien realiza el tamizaje

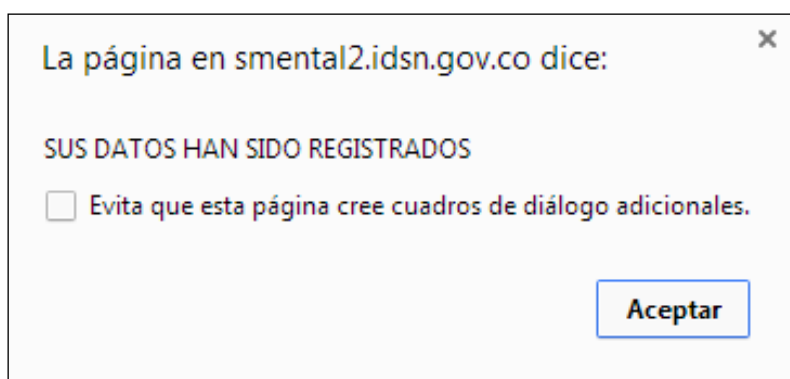
DATOS PROFESIONAL Y/O AGENTE QUIEN REALIZA LA CONSULTA	
Nombres y Apellidos :	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>
Email :	<input type="text"/>
Teléfono :	<input type="text"/>
Accion desarrollada :	<input type="text"/>
<input type="button" value="Guardar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	

Se ingresa toda la información solicitada y se da click en **Guardar**


Aparece la siguiente ventana de alerta



Se da click en aceptar y el registro se guarda en la base de datos. En ese momento termina el tamizaje. Mostrando un alerta



3. **SRQ ADULTOS:** Para poder acceder a la encuesta se ingresa la **Fecha** en se realiza la encuesta y el **numero de Identificacion** del paciente y se da click en el boton buscar

Fecha:  No. de Identificación:

Si el paciente se encuentra registrado aparece la siguiente ventana.

SINTOMAS SRQ	No	Si
1. ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tiene mal apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Duerme mal ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Se asusta con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Sufre de temblor de manos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Sufre de mala digestión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Ni puede pensar con claridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se siente triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Tiene dificultades para tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Siente que usted es una persona util ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con la vida ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿ Tiene sensaciones desagradables en su estomago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿ Se cansa con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Usted siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que muchas personas piensan ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de los brazos, piernas y Estaba tomando demasiado alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ¿ Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de tomar pero no ha podido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo (o estudio) debido a la bebida, como faltar, o tomar en el trabajo o en el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Ha tenido peleas o lo ha n detenido estando borracho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Alguna vez le ha parecido que ud. Tomaba demasiado ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se ingresa la información en todos los items de la encuesta y se da click en **Calcular Puntaje**

Según las respuestas que se haya ingresado. El sistema calcula automaticamente un posible diagnostico. NEUROSIS- PSICOSIS- ALCOHOL , Si el paciente no amerita seguimiento, no aparece ninguna venta para ingresar la información de seguimiento.

AMERITA SEGUIMIENTO NEUROSIS

Responsable de seguimiento: Entidad: Fecha:

Observaciones:

Actividad a desarrollar:

- Psicoterapia
- Remision a medico general
- Remision a especialista
- Alta (Salida)

DATOS PROFESIONAL Y/O QUIEN REALIZA LA CONSULTA

Nombres y Apellidos:

Cargo:

Email:

Teléfono:

Accion desarrollada

Se ingresa toda la información solicitada y se da click en **Guardar**

Aparece la siguiente ventana de alerta

La página en smental2.idsn.gov.co dice: ×

Esta seguro que estos datos son correctos?

Se da click en aceptar y el registro se guarda en la base de datos. En ese momento termina el tamizaje. Mostrando un alerta

La página en smental2.idsn.gov.co dice: ×

SUS DATOS HAN SIDO REGISTRADOS

Evita que esta página cree cuadros de diálogo adicionales.

4. **APGAR FAMILIAR:** Para poder acceder a la encuesta se ingresa la **Fecha** en se realiza la encuesta y el **numero de Identificación** del paciente y se da click en el boton buscar


Si el paciente se encuentra registrado aparece la siguiente ventana.

Nombre:	Fecha Nacimiento:	Genero:	Zona:	Discapacidad:	Etnia:	Escolaridad:	Regimen:
RUTH JIMENA INSUASTY DELGADO	14/07/1977	F	Rural SI		Mestizo	Primaria Completa	

PREGUNTAS APGAR	Nunca	Casi Nunca	Algunas	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Me siento satisfecha (o) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Me siento satisfecha (o) con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Me siento satisfecha (o) con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nueva actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Me siento satisfecha (o) con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Me siento satisfecha (o) con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se ingresa la información en todos los items de la encuesta y se da click en **Calcular Puntaje**

Según las respuestas que se haya ingresado. El sistema calcula automaticamente un posible diagnostico, Si el paciente no amerita seguimiento, no aparece la ventana para ingresar la información de seguimiento.

DISFUNCION FAMILIAR MODERADA		
SEGUIMIENTO		
Responsable de seguimiento: <input type="text"/>	Entidad: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/> 
Observaciones: <input type="text"/>	Actividad a desarrollar <input type="checkbox"/> Psicoterapia <input type="checkbox"/> Remision a medico general <input type="checkbox"/> Remision a especialista <input type="checkbox"/> Alta (Salida)	
DATOS PROFESIONAL Y/O QUIEN REALIZA LA CONSULTA		
Nombres y Apellidos:	<input type="text"/>	
Cargo:	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>	
Teléfono:	<input type="text"/>	
Accion desarrollada	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Aceptar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>		

Se ingresa toda la información solicitada y se da click en **Aceptar**

Aparece la siguiente ventana de alerta

✕

La página en smental2.idsn.gov.co dice:

Esta seguro que estos datos son correctos?

Se da click en aceptar y el registro se guarda en la base de datos. En ese momento termina el tamizaje. Mostrando un alerta

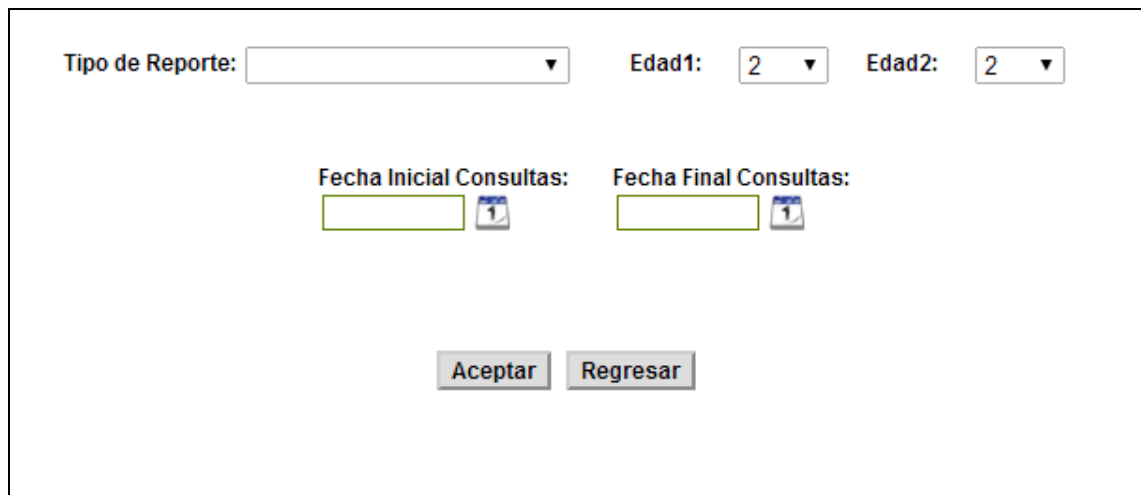
✕

La página en smental2.idsn.gov.co dice:

SUS DATOS HAN SIDO REGISTRADOS

Evita que esta página cree cuadros de diálogo adicionales.

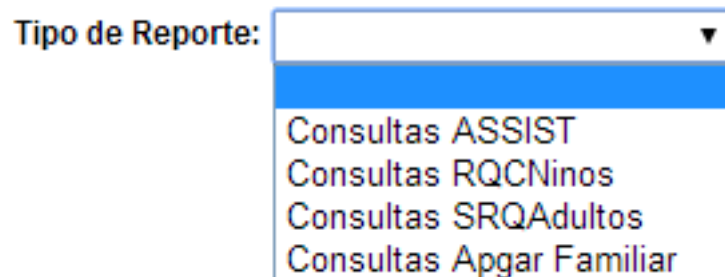
5. **REPORTES:** Para conocer los datos q se han ingresado en cada uno de los tamizajes, se ingresa a la opción de reportes



The screenshot shows a web form for generating reports. It includes the following elements:

- Tipo de Reporte:** A dropdown menu.
- Edad1:** A dropdown menu with the value '2' selected.
- Edad2:** A dropdown menu with the value '2' selected.
- Fecha Inicial Consultas:** A date input field with a calendar icon.
- Fecha Final Consultas:** A date input field with a calendar icon.
- Buttons:** 'Aceptar' and 'Regresar' buttons.

Tipo de Reporte: Se selecciona el tipo de reporte a consultar



The screenshot shows a dropdown menu for 'Tipo de Reporte' with the following options:

- Consultas ASSIST
- Consultas RQCNinos
- Consultas SRQAdultos
- Consultas Apgar Familiar

Se selecciona el rango de edades a consultar, y las fechas inicial y final de consulta, son las fechas en las cuales se realizaron los tamizajes,

Se selecciona todas las variables y aparece un enlace con el nombre del archivo a descargar, es un archivo de formato .xls, se lo puede abrir o guardar según sea el caso.