



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 060 -2019-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 29 de marzo de 2019

Visto; la Nota Informativa Nº 242-2019-DCySMC-HVLH/MINSA, emitida por la Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, en su artículo 11º señala que toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental, siendo la atención de la salud mental responsabilidad primaria de la familia y del Estado;

Que, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 6º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado con Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, establece que nuestra entidad es una institución pública especializada en psiquiatría y salud mental, dependiente del Ministerio de Salud, que brinda servicio de prevención, promoción, tratamiento, recuperación, rehabilitación en psiquiatría y salud mental a la población a su cargo, con calidad, calidez, equidad, oportunidad, accesibilidad, y efectividad con potencial humano comprometido e identificado, calificado, capacitado con tecnología e infraestructura adecuada, coadyuvando a mejor calidad de vida de la población;

Que, asimismo los literales c) e i) del artículo 10º de la precitada norma, señala que la Dirección General tiene como objetivos funcionales lograr la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo, así como proponer políticas, normas y proyectos de investigación, apoyo a la docencia y atención especializada al Ministerio de Salud;

Que, mediante documento del visto, la Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria solicita la aprobación y revisión de los Planes del Compromiso de Mejora: Plan de Fortalecimiento de Competencias en base a la Metodología "Acompañamiento Clínico Psicosocial", Plan de Entrenamiento de Facilitadores para la Capacitación de Equipos de la Salud en la Aplicación de la Metodología "Acompañamiento Clínico Psicosocial" y Plan Institucional de Implementación del Modelo de Atención en Salud Mental con enfoque comunitario en el Distrito de Magdalena del Mar;

Que, el Plan de Fortalecimiento de Competencias en base a la metodología de "Acompañamiento Clínico Psicosocial" tiene como finalidad contribuir con la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales, a través del fortalecimiento de las competencias de los equipos interdisciplinarios de los establecimientos de salud priorizados para la mejora de la gestión en salud mental y procesos de atención clínica;

Que, el Plan de entrenamiento de facilitadores para la Capacitación de Equipos de la Salud en la Aplicación de la Metodología "Acompañamiento Clínico Psicosocial" tiene como finalidad contribuir a mejorar la salud mental de la población, fortaleciendo las competencias, destrezas, prácticas y capacidad de respuesta del equipo facilitador para la adecuada



ejecución del ACP a los equipos interdisciplinarios de atención primaria, en el marco del abordaje comunitario;

Que, el Plan Institucional de Implementación del Modelo de Atención en Salud Mental con enfoque comunitario en el Distrito de Magdalena del Mar tiene como finalidad disminuir la prevalencia de los trastornos mentales y problemas psicosociales en la población del distrito de Magdalena del Mar a partir de la implementación del modelo de atención en Salud Mental con enfoque comunitario en el que se integra al individuo, familia y comunidad;

Que, mediante Proveído N° 002-2019-OEPE/HVLH/MINSA, los citados documentos técnicos han sido revisados por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, como órgano asesor en aspectos normativos, emitiendo opinión favorable indicando que cumplen con las "Normas para la Elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA; por lo que es pertinente proceder a su aprobación con la resolución correspondiente;

Con el visto bueno del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con lo previsto por el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar los siguientes documentos técnicos:

- Plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología de "**Acompañamiento Clínico Psicosocial**", el mismo que en documento adjunto a folios (36), forma parte integrante de la presente Resolución.
- Plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología "**Acompañamiento Clínico Psicosocial**", el mismo que en documento adjunto a folios (76), forma parte integrante de la presente Resolución.
- Plan Institucional de implementación del modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario en el distrito de Magdalena del Mar, el mismo que en documento adjunto a folios (34), forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- El Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento de los citados Documentos.

Artículo 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/MYRV/agfb.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"

"Año de la



**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA
Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria**



DOCUMENTO TÉCNICO:

**PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EN BASE
A LA METODOLOGÍA DE "ACOMPañAMIENTO CLÍNICO
PSICOSOCIAL"**

Magdalena del Mar, Marzo de 2019





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. FINALIDAD

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo General

1.1.2 Objetivo Específicos

II. AMBITO DE APLICACIÓN

2.1 Población Objetivo.

III. BASE LEGAL

IV. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 Antecedentes

4.2 Situación actual de la salud mental en el Perú

4.3 Diagnóstico de necesidades de competencias: Identificación de brechas

4.4 Competencias a fortalecer, siguiendo la Metodología "Acompañamiento clínico-psicosocial"

4.5 Definiciones operacionales

V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

5.1 De la Metodología del Acompañamiento

5.2 Descripción de procesos

5.3 Recursos Necesarios

5.4 Presupuesto

5.5 Indicadores

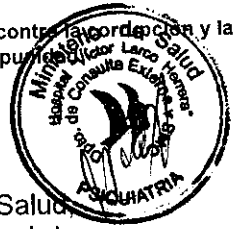
5.6 Monitoreo y evaluación

VI. RESPONSABILIDADES

VII. ANEXOS

VIII. BIBLIOGRAFÍA





INTRODUCCIÓN

El Hospital Víctor Larco Herrera es una institución del Ministerio de Salud especializada en el campo de la salud mental y psiquiatría. La Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria viene ejecutando el Acompañamiento Clínico Psicosocial (ACP) desde junio del 2015, esto conlleva al fortalecimiento de la incorporación del componente de salud mental en la atención integral, avance en el fortalecimiento de la gestión en salud mental, implementación de tamizaje, tratamiento ambulatorio, hospitalización breve, articulación y trabajo interdisciplinario.

Este modelo ha sido incorporado al nuevo programa presupuestal de salud mental Pp131, permitiendo a nivel normativo incorporar el acompañamiento clínico psicosocial como una herramienta estratégica para fortalecer las competencias de los equipos básicos de salud en el componente de salud mental, permitiendo a los proveedores de servicios brindar una atención a la población en general, con énfasis en el enfoque comunitario.

En este contexto, el Ministerio de Salud, con el fin de reducir las brechas de atención de personas que sufren trastornos mentales y por uso de sustancias, implementa el **"Plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología de acompañamiento clínico psicosocial"** en el cual compromete al hospital Víctor Larco Herrera ejecutar acciones en Lima Metropolitana y las diferentes regiones del país, para poder incrementar progresivamente la cobertura y calidad de atención en salud mental, maximizando las potencialidades de los diferentes establecimientos de salud, mejorando el sistema de referencia y contra referencia, fortaleciendo las relaciones de cooperación e intercambio; y aprovechando las oportunidades de desarrollo y reforma del sector salud, el estado y la sociedad.





I. FINALIDAD

Contribuir con la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales, a través del fortalecimiento de las competencias de los equipos interdisciplinarios de los establecimientos de salud priorizados; para la mejora de la gestión en salud mental y procesos de atención clínica.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo General

Fortalecer las competencias en salud mental de los equipos interdisciplinarios a nivel de DIRESA, Redes y EESS para el desarrollo e implementación en atención integral en salud mental; con enfoque en persona, familia y comunidad.

1.1.2 Objetivo Específicos

1. Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales y de procesos de organización y participación de los actores sociales de la Red para mejorar la atención de la salud mental.
2. Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de atención en salud mental en la mejora de procesos de atención de problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo, de referencia y contrarreferencia en salud mental.
3. Fortalecer el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en la evaluación clínica - psicosocial, diagnóstico, tratamiento farmacológico, intervención breve, psicoeducación, visita domiciliaria, rehabilitación psicosocial y la atención de emergencia en caso de personas con problemas de salud mental.
4. Brindar asistencia técnica a distancia a los profesionales del primer y segundo nivel de atención en salud mental, bajo la modalidad de TELESALUD en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud de uno o más consultantes mediante el uso de la tecnología de información y comunicación.





II. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será aplicado en las áreas de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera. Este año se realizara en los Centros de Salud seleccionados de la DIRIS Lima Centro: C.S de San Isidro, C.S Miraflores.

Tabla 1. Lista de EE.SS. priorizados para el Acompañamiento Clínico Psicosocial a cargo del Hospital Víctor Larco Herrera, 2018.

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCONCERTADO	EE.SS.	CATEGORÍA
REGION CAJAMARCA	DIRESA CAJAMARCA	RED JAEN	1-3 1-4
REGION LIMA	DIRESA LIMA	RED DE SALUD HUARAL CHANCAY	1-3 1-4
LIMA	DIRIS CENTRO	C.S MIRAFLORES	1-3
		C.S SAN ISIDRO	

Fuente: UFSMC-HVLH

2.1 Población Objetivo

- Autoridades de DIRESA, DIRIS:
 - Director de las Redes
 - Coordinadores de la Estrategia de Salud Mental
- Autoridades y equipos de salud de establecimiento de salud estratégicos seleccionados:
 - Agentes comunitarios de salud
- Comunidad:
 - Actores Sociales: Gobiernos locales, comisaria, fiscalía, Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA), Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED), Centro de Emergencia Mujer (CEM), Organizaciones No Gubernamentales (ONG), representantes de los medios de comunicación, promotores de salud, entre otros.
 - Organizaciones de base, dirigentes comunales, sociedad civil.





III. BASE LEGAL

1. Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
2. Ley 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud 26842 y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
3. Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización. Establece que la salud pública es una de competencias exclusivas de los gobiernos regionales y una competencia compartida de los gobiernos locales.
4. Ley N° 27050. Ley General de la Persona con Discapacidad.
5. Ley General de Salud N°26842
6. Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES, el Estado Peruano aprobó el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015.
7. Decreto Supremo N° 006-97-Jus Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.
8. Resolución Ministerial N° 526 -2011/MINSA, que aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
9. Resolución Ministerial N° 464 -2011/MINSA. Aprueba el documento técnico del Modelo de atención integral en la familia y la comunidad.
10. Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.
11. Resolución Ministerial N° 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
12. Resolución Ministerial N° 943 – 2006/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental.
13. Resolución Ministerial N° 012-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan General de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010".
14. Resolución Ministerial 455 -2001/MINSA. Aprueba el documento técnico normativo "Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil".
15. D. Leg. N°1166. Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
16. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
17. Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de TELESALUD.
18. Resolución Ministerial 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N°067-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud en Telesalud"
19. Resolución Ministerial 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N 138-MINSA/2017/DGIESP. "Norma técnica de salud de centros de salud mental comunitarios".
20. Resolución Ministerial 701/2018/MINSA, que aprueba NTS N 140-MINSA/2018/DGIESP. "Norma técnica de salud de Hogares protegidos".
21. Resolución Ministerial 356 -2018/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan nacional de fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitario 2018-2021".





IV Disposiciones Generales

4.1 Antecedentes

Desde un principio la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía la salud como: "...un estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia", las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es parte integral de la salud, la salud mental es más que ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y conducta.¹ Actualmente la OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.²

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) tiene como antecedente el informe de Lalonde en 1974, en donde un ministro en Canadá destaca por primera vez que para mejorar la atención en salud no es suficiente enfocarse solo en la enfermedad; luego, cuatro años después en la Declaración de Alma-Ata en 1978 se destaca promover y proteger la atención primaria de la salud como estrategia de mejorar la salud de todas las poblaciones. En 1990 en la Declaración de Caracas representa el punto de partida de la reforma de la atención psiquiátrica para los países miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en donde se menciona que la reestructuración de la atención psiquiátrica está ligada a la APS y además se permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad³; quince años después la Declaración de Brasilia representa una actualización de la Declaración de Caracas, en vista de los limitados avances en la consecución de los objetivos planteados, en donde se reitera la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos.⁴ En el 2009 la OPS emite el plan estratégico formal para la atención a la salud mental en la región de las Américas, este documento manifiesta dentro de sus 10 recomendaciones los siguientes: Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental; revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.⁵

En el Perú, este proceso de implementación recomendado por los organismos internacionales no se ha logrado de forma integral; dentro de los intentos del estado en décadas pasadas se dieron por aprobar una serie de documentos normativos, que significaron avances importantes desde el punto de vista doctrinario; pero que han sido escasamente implementados, pues no han logrado ser prioritarios en el accionar del sector y tampoco han logrado financiación.⁶ Así, en lo que corresponde a políticas y planes, en el 2004 se aprobaron los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental" en donde en el lineamiento N° 2 mencionan "Integración de la salud mental en la concepción de la salud" y en el lineamiento N° 3 se refiere a la "Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes", ambos incorporan la transformación de la atención de la salud mental hacia un modelo comunitario y en el lineamiento N° 7 "Desarrollo de Recursos Humanos", en donde se manifiesta que los recursos humanos están poco capacitados para la atención en salud mental o reciben capacitaciones repetidas en el mismo tema, están centralizados, no cuentan con el monitoreo para la aplicación de lo aprendido y rotan excesivamente.⁷

En el 2005 también se aprobó la "Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz" que en su primer objetivo estratégico se refiere a "Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en la conducción de las políticas, planes y estrategias de





salud mental en el país" y en el tercero describe "Implementar en el modelo de atención integral en salud el componente de salud mental y psiquiatría"⁸; ya en el 2006 se aprobó el "Plan Nacional de Salud Mental" en donde se reafirma con lo anteriormente planteado y en su objetivo general resalta el "Asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, en base a la reestructuración de servicios que prioricen la atención en la comunidad".⁹

En el año 2011 recién se activó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud, con esta decisión se empezaron a abrir oportunidades progresivas de reorientación de la atención de salud mental hacia un nuevo paradigma fundamentado en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria renovada con una esencia comunitaria, que es la característica central de este nuevo paradigma que desde la Declaración de Caracas cada vez más países de la región de las Américas la vienen gestando. Un nuevo salto hacia la reorientación de la atención de salud mental se dio en junio del año 2012 con la promulgación de la Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842), y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Este nuevo marco legal dictamina que la atención de la salud mental se realice en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial; que esta atención se dé "preferentemente" de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social. Del mismo modo se considera que el internamiento es un recurso terapéutico de naturaleza excepcional y que debe realizarse con "consentimiento informado libre y voluntario del usuario" y por un periodo "estrictamente necesario en el establecimiento de salud más cercano". Para hacer viable la atención ambulatoria se garantiza "el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento, institucionalización y abandono". Se promoverá la atención ambulatoria y con internamiento en los hospitales generales, la instalación de redes comunitarias con equipos multidisciplinarios, el desarrollo de infraestructuras intermedias como centros de salud mental comunitarios, hospitales de día, residencias y programas dirigidos a las personas con trastornos mentales en situación de calle, el acceso universal y gratuito al tratamiento, la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención, la incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud y finalmente, la desinstitucionalización de las personas con discapacidad que viven en los establecimientos.¹⁰

Se tiene conocimiento que hasta el año 2014, solo el 1.5% del presupuesto nacional en salud se invierte en la atención de la salud mental y 80% de este presupuesto se invierte en las 3 instituciones psiquiátricas. Es por eso que, en el nuevo marco legal nacional, la medida más estratégica la dio en el año 2014 el Ministerio de Economía, cuando aprueba la gestión realizada por el Ministerio de Salud para la ampliación de una demanda adicional para el año 2015 a través del nuevo Programa Presupuestal N°131 de prevención y control en salud mental por 25 millones de soles, con el objetivo fortalecer los servicios de salud mental, llegando a un total de 68 millones de nuevos soles.¹⁰ En este contexto, la implementación del Reglamento de la Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842) garantiza que las personas con problemas en su salud mental tengan acceso universal y equitativo, disponiendo que la atención de las personas se efectúe obligatoriamente desde el primer nivel de atención, con servicios de salud mental que cuenten con un equipo de especialistas interconectado mediante redes de servicio de salud en forma ambulatoria, sin necesidad que los pacientes mentales sean internados u hospitalizados.¹¹





Estas nuevas estructuras descritas en el reglamento constituyen la red de atención comunitaria de salud mental, como parte integrante de la red de atención de salud y tienen como finalidad vincular directamente los servicios de atención médica con la comunidad a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado con servicios de salud mental, centros de salud mental comunitarios (servicios especializados en salud mental); las unidades de hospitalización y las unidades de hospitales de día de salud mental y adicciones en los hospitales generales.¹⁰

El Hospital Víctor Larco Herrera, en el marco de la normativa vigente se encuentra ejecutando el Acompañamiento Clínico Psicosocial (ACP) desde junio del 2015. Durante el año 2016 realiza el ACP en 5 regiones logrando la conformación de tres centros de salud mental comunitaria dos en Sullana y uno en Ayacucho. Y realizando la capacitación y acompañamiento en pares en salud mental a los establecimientos de primer nivel obteniéndose un total de 104 profesionales de la salud facilitadores y 121 profesionales de la salud capacitados en salud mental.

En el año 2017 se ejecuta el ACP en la región Piura se logra fortalecer capacidades de 57 profesionales; de todos ellos 29 de Centro de Salud Mental Comunitario "Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

En el año 2018 se ejecuta el ACP en la región Lima .RED Chilca- Mala y en DIRIS Centro ,en el C.S San Miguel, logrando fortalecer las capacidades de 54 profesionales de la atención primaria ,formándose como facilitadores 28 de ellos, además de la participación de 42 agentes comunitarios.

Para el presente año se plantea continuar con el "*Plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología de acompañamiento clínico psicosocial*" y así poder reducir las brechas de atención en salud mental en el ámbito de nuestra influencia.

Es importante hacer mención que desde el año 2017 se incorpora la modalidad de TeleSalud dentro de las capacitaciones en el acompañamiento clínico, buscando brindar mayor accesibilidad al personal asistencial de salud particularmente en áreas rurales, zonas aisladas y con limitada capacidad resolutoria (centro consultante) a través de una interconexión con establecimientos de salud de diferentes regiones de Perú. El objetivo es brindar soluciones a las necesidades de salud de la población de manera oportuna y segura desde una localización remota con personal especializado (centro consultor) (10).

Los elementos que comprende el Plan Nacional de TeleSalud son cuatro: Tele-educación, que permite la capacitación continua a distancia a través de la discusión virtual de casos clínicos; Tele-diagnóstico, que consiste en la ayuda al diagnóstico del paciente a distancia; Tele-consulta, que corresponde al acceso de un tele-especialista en una ubicación remota y Tele-gestión, que implica reuniones de trabajo con ejecutivos, especialistas y administrativos.

Para el presente año buscamos fortalecer e incorporar la capacidad de los establecimientos de salud en los problemas psicosociales como la violencia, facilitando el uso de los manuales de habilidades sociales y familias fuertes, tal como lo menciona el actual plan nacional de fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitaria





4.2 Situación actual de la salud mental en el Perú

Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son un componente importante de los problemas de salud del mundo, no sólo por su alta prevalencia de vida (20-25%), sino por el importante impacto en el funcionamiento de la persona y su repercusión en aspectos socioeconómicos, especialmente laborales, dado que estos trastornos predominan en la población económicamente activa. Siendo vinculados con el bienestar, calidad de vida, libertad de expresión y en particular a los derechos humanos. Reflejándose problemas tan importantes como el suicidio de más de un millón de personas al año, y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo; niveles alarmantes de dependencia al alcohol, con más de 70 millones de personas afectadas. La carga de morbilidad de estos trastornos ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo - como el nuestro- en los que la depresión mayor sería la primera causa de discapacidad en el año 2020.¹²

En América Latina y el Caribe, la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6, 9%). A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha del tratamiento es abrumadora; nos referimos al porcentaje de personas con trastornos mentales que no recibe tratamiento alguno.¹³

Tabla N°2. Prevalencia de algunos trastornos mentales y porcentaje de la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe, 2013.

Trastorno Mental	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)	Brechas de tratamiento (%)
Uso nocivo o dependencia de alcohol	5,7	71,4
Depresión mayor	4,9	58,9
Trastorno de ansiedad	3,4	63,1
Distimia	1,7	58,8
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4	59,9
Psicosis no afectivas	1,0	37,4
Trastorno bipolar	0,8	64,0

Fuente: OPS. WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE). Washington, D.C. 2013

En el Perú los estudios epidemiológicos han sido realizados por el INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en base a estos estudios se pudo establecer las brechas en salud mental en donde se evidencia que a pesar de los esfuerzos del estado en ampliar la cobertura de atención en salud mental, es limitado. La zona donde se muestra mayor brecha a nivel nacional es Lima Rural Norte con 93.2% y la menor brecha se observa en Chimbote con 71.5%; cifras que están por encima del promedio en Latinoamérica.¹⁴ En la tabla N°3 se observa las brechas de las áreas de intervención de este plan, observándose que las zonas en las cuales las brechas son mayores corresponden al área rural. Sin embargo, el área urbana muestra también altas brechas en salud mental.





Tabla. N°3. Brechas en Salud Mental en las regiones a acompañar.

ZONA	BRECHA
Lima	75.7%
Lima Rural	89.9 %
Cajamarca	85.4%
Cajamarca Rural	91.4%

Fuente: Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Acceso de la población a la Atención Integral de Salud Mental. 2014

En la ciudad de Lima Metropolitana y Callao, la población que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental es de 26,1% y un 7,9% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Estos porcentajes son bastante menores a los encontrados en el 2002, en donde el 37,3% de las personas reportaban haber sufrido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y un 23,5% lo presentaba al momento de la encuesta. Los desórdenes mentales más frecuentes fueron el episodio depresivo, los problemas relacionados con el uso de alcohol y trastornos de ansiedad y la potencialidad suicida de 0,1%.¹²

Tabla 4. Estudios Epidemiológicos en de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao del INSM, 2012 y 2002.

	Estudio de Lima Metropolitana y Callao 2012 ¹²	Estudio de Lima Metropolitana y Callao 2002 ¹⁵
Prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico	De vida 26,1% Actual 7,9%	De vida 37,3% Actual 23,5%
Prevalencia de trastorno de ansiedad en general	De vida 10,5% Actual 1,9%	De vida 25,3% Actual 14,6%
Prevalencia de trastorno depresivos en general	De vida 17,5% Actual 2,8%	De vida 19% Actual 6,7%
Prevalencia de abuso o dependencia a cualquier sustancia CIE 10	Anual 3,2% (12meses) E. Depresivo 6,2% D. Alcohol 2,5% Fobia Social 0,9% TAG 0,7% TEPT 0,1%	Anual 3,0% (6meses) E. Depresivo 9,5% TAG 7,3% Fobia Social 3,7% TEPT 2,8% T. pánico 2%
Indicadores Suicidas (12 meses)	Deseo de morir 4,6% Planes de índole suicida 0,8% Conducta suicida 0,4% Potencialidad suicida 0.1%	Pensamiento de índole suicida 8,5% Conducta suicida 1% Potencialidad suicida 0,6%
Tendencia a la violencia	De vida 22,9%	De vida 30,2%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM, 2002 y 2012.





En las regiones geográficas, la región de la selva es la que presenta mayor población que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental. Los trastornos de ansiedad en general son mayores en la sierra y los trastornos depresivos predominan en la selva. La prevalencia de abuso o dependencia es mayor en la sierra y selva en comparación con la costa

Tabla 5. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM por regiones geográficas.

	16 Sierra 2003	17 Selva 2004	18 Costa 2006
Prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico	De vida 37,3% Actual 16,2%	De vida 39,3% Actual 15,4%	De vida 27,4% Actual 12,8%
Prevalencia de trastorno de ansiedad en general	De vida 21,1% Actual 3,5%	De vida 18,3% Actual 3,7%	De vida 9,3% Actual 1,8%
Prevalencia de trastorno depresivos en general	De vida 17% Actual 4,4%	De vida 21,9% Actual 2,5%	De vida 14,2% Actual 1,6%
Prevalencia anual de abuso o dependencia de cualquier sustancia.	10,5%	10,3%	4,5%
CIE 10 (12 meses)	Alcohol 10% Depresivo 7,2% TAG 3,2% TEPT 1,9% Fobia Social 0,9%	Alcohol 8,8% Depresivo 8,2% TAG 2,5% TEPT 2,3% Fobia Social 0,6%	Alcohol 9,4% Depresivo 5,8% TAG 1,1% TEPT 0,8% Fobia Social 0,7%
Indicadores Suicidas (12 meses)	Deseo de morir 12,9% Planes de índole suicida 1,6% Conducta suicida 0,7% Potencialidad suicida 0,4%(actual)	Deseo de morir 11,5% Planes de índole suicida 1,4% Conducta suicida 0,6% Potencialidad suicida 0,4%(actual)	Deseo de morir 8,7% Planes de índole suicida 1,2% Conducta suicida 0,4% Potencialidad suicida 0,4%(actual)
Tendencia a la violencia	De vida 27,5%	De vida 26,5%	De vida 24,7%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM; 2003, 2004, 2006.

Respecto a las áreas en donde se realizará el acompañamiento clínico psicosocial, se observa en la tabla N° 6 que en Lima Rural Norte (Red Huaral-Chancay), según estadística del año 2018 de la Red Huaral-Chancay, es donde se presenta mayor población de atenciones que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental, su alta prevalencia se encuentran los Episodio Depresivo Moderado, trastorno mixto de ansiedad y depresión, y esquizofrenia paranoide.

En la tabla N° 7 el Departamento de Cajamarca (Jaén) los tamizajes aplicados durante el año 2017, según informe N°003-2018-GR-CAJ-DISAJ-DG/DESP-DSS, muestra como las prevalencias más elevada al trastorno del consumo del alcohol, tabaco y drogas, así como el trastorno depresivo, violencia familiar y maltrato infantil.

En Lima Metropolitana, DIRIS CENTRO se nos proporcionó estadísticas que figuran en las tablas nro 8 Y 9. La Tabla N° 8 corresponde a estadísticas del centro de salud de Miraflores, durante el periodo de Enero a Julio 2018, donde se registraron los siguientes problemas en salud mental en su reporte de actividades en el componente de salud mental y cultura de paz. Los atendidos en el periodo Enero a Julio 2018 señalado son 89, que generaron 261 atenciones acumuladas dentro del componente Salud Mental y Cultura de Paz, siendo en mayor número los problemas de Ansiedad y Violencia Familiar.





En la Tabla N° 9 el Centro de Salud San Isidro, se presentan las estadísticas correspondientes que brindaron desde el periodo de enero a diciembre del 2012 encontrándose lo siguiente. Como se puede observar en el caso del Centro de Salud San Isidro se atienden en un mayor porcentaje casos de Violencia asociados al abuso psicológico y físico, seguido por depresión.

Es importante mencionar que a la fecha ninguno de estos los 2 distritos a donde pertenecen ambos centros de salud de DIRIS CENTRO cuentan con centro de salud mental comunitario.

TABLA 6. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LA RED HUARAL CHANCAY - PSIQUIATRIA	
MORBILIDAD	TOTAL
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	1031
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	619
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	548
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	435
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	320
EPISODIO DEPRESIVO LEVE	103
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	92
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	78
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS	71
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, SINDROME DE DEPENDEN	66
TOTAL	3363

Fuente: Reporte de Coordinadora del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental

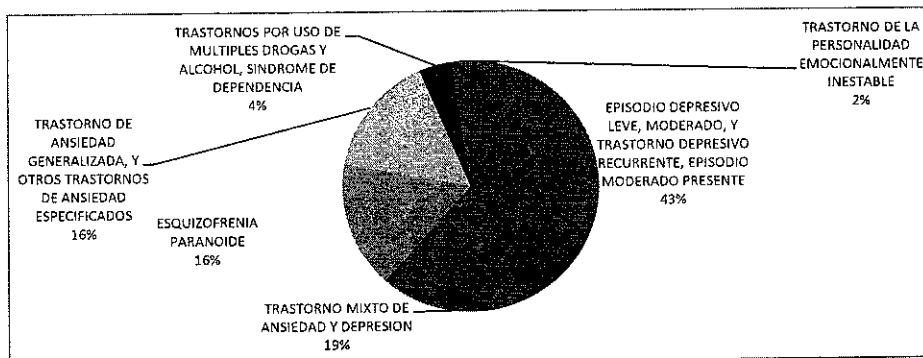
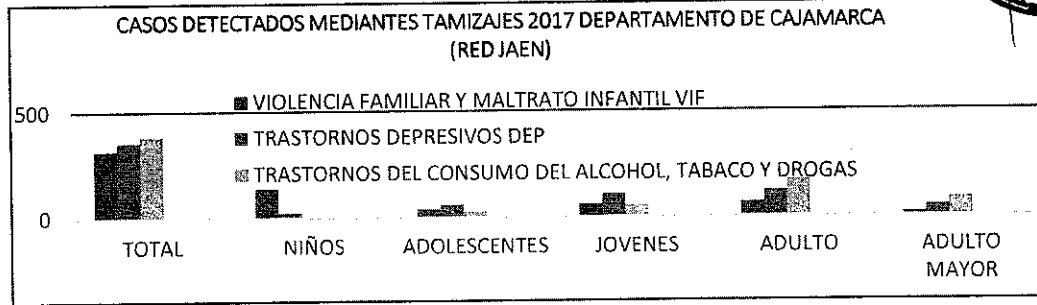


TABLA 7. CASO DETECTADOS MEDIANTE TAMIZAJES DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA (RED JAEN)

		TOTAL	NIÑOS	ADOLESCENTES	JOVENES	ADULTO	ADULTO MAYOR
TRASTORNOS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	ALC	381	3	26	52	168	83
TRASTORNOS DEPRESIVOS	DEP	354	22	58	107	119	48
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	VIF	316	138	39	58	66	15

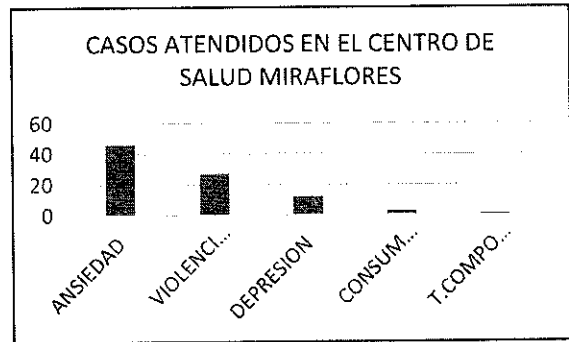




Fuente: informe N°003-2018-GR-CAJ-DISAJ-DG/DESP-DSS

Tabla 8. CASOS ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MIRAFLORES

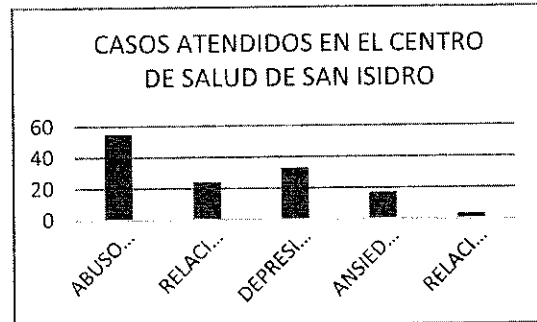
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	ATENDIDOS	%
ANSIEDAD	46	51,6
VIOLENCIA FAMILIAR	27	30,33
DEPRESION	12	13,48
CONSUMO DE DROGAS	3	3,37
T.COMPORTAMIENTO	1	1,12
TOTAL	89	100%



Fuente: Reporte de actividades Enero –Julio 2018. Componente salud Mental y cultura de paz. Centro de Salud Miraflores.

Tabla 9. CASOS ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SAN ISIDRO

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	ATENDIDOS	%
ABUSO PSICOLÓGICO / FÍSICO	55	41.66
RELACIONES CON VIOLENCIA	24	18.18
DEPRESIÓN	33	25
ANSIEDAD	17	12.87
RELACIONADO CON EL ALCOHOL	3	2.27
TOTAL	132	100

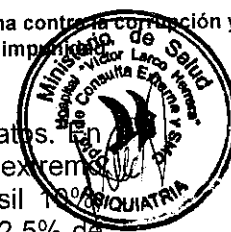


Fuente: Reporte de actividades Enero –Diciembre 2018. Centro de Salud San Isidro.

4.3 Diagnóstico de necesidades de competencias: Identificación de brechas

En cuanto a los conocimientos podemos describir que según el informe de la OPS-OMS¹³ la capacitación en salud mental en profesionales del pregrado en medicina en América del Sur es bajo; la mediana del porcentaje de dedicación a salud mental es de 3%; estando el Perú en 10%. Casi análogo porcentaje de dedicación sucedió en el pregrado de enfermería, donde la mediana es de 4,5%; estando el Perú en 6%. En cuanto a la actualización del personal médico de atención primaria en salud que ha recibido, al menos dos días de capacitación / actualización en salud mental, en América Latina quien tiene el mejor porcentaje en actualización de salud mental para médicos es Cuba con un 49%, en el otro extremo esta Uruguay con 0%; otros países

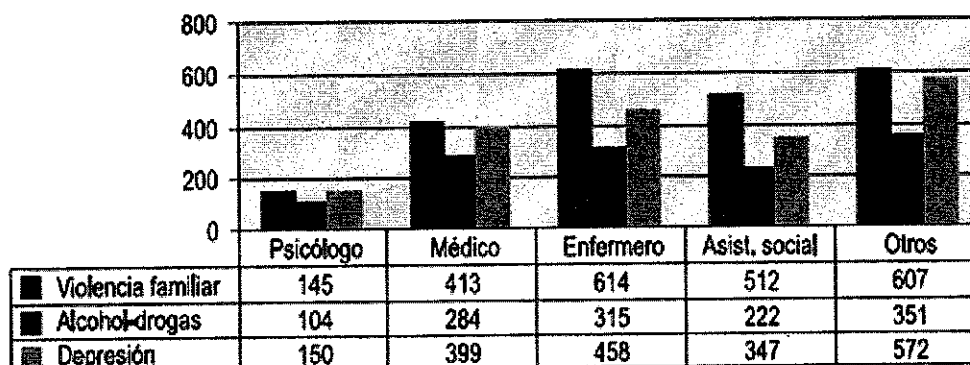




son Bolivia con 6%, Brasil 5%, Ecuador 13%, Chile 23%, Perú no registra datos. En enfermería las mejores puntuaciones las tiene Monserrat con 86%, en el otro extremo esta Uruguay y Paraguay con 0% ; otros países son Bolivia con 5%, Brasil 10%, Ecuador 17%, lamentablemente el Perú no registra este tipo de datos.¹³ En 62,5% de los países de América del Sur o bien falta el dato o la información suministrada con respecto a la frecuencia con que los médicos de atención primaria en salud (APS) interactuaron con profesionales de salud mental durante el último año son imprecisos. El rol de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es bastante limitado. La capacitación y/o formación (de pre-grado y post-grado) en temas de salud mental que recibe el personal de atención primaria en salud (profesionales médicos, enfermeros, entre otros) es escasa. Como consecuencia la capacidad resolutive es reducida y, en términos generales y con las debidas excepciones, no existen mecanismos consolidados, sistemáticos y viables de referencia y contra-referencia.¹³

En el Perú la información es escasa, el informe que realizó la OPS en el 2008 sobre capacitación de profesionales en salud mental del MINSA que han recibido por lo menos dos días de capacitación en temas de violencia familiar, alcohol-drogas, depresión fue un número reducido²⁰

Gráfico N°1. Capacitación de profesionales en salud mental en Perú, 2008.



Fuente: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Informe sobre Servicios de Salud Mental del Sub-Sector del Ministerio de Salud del Perú. 2008.

Los profesionales que recibieron capacitación de al menos 2 días en salud mental en el primer nivel de atención en América Latina según la OPS¹³ es sobre medicamentos psicotrópicos, intervenciones psicosociales y salud mental infantil.

- En América del Sur el profesional que recibió más capacitación en medicamentos psicotrópicos fueron los médicos generales con un 27%, estando por encima del promedio de toda América (20%).
- En cuanto a intervenciones psicosociales los psiquiatras del primer nivel de atención fueron los que recibieron mayor capacitación (20%), seguido del grupo de psicólogos, trabajadoras sociales y terapia ocupacional (18%), en ambos casos menores que el promedio de toda América.
- Finalmente el grupo de profesionales que recibió más capacitación en salud mental infantil fueron los médicos generales (17%), enfermeras (16%), psiquiatras (15%), debajo del promedio de toda América.





4.4 Competencias a fortalecer, siguiendo la metodología "Acompañamiento Clínico-psicosocial"

Elementos esenciales de la APS en Salud Mental	Función estructural	Competencias	
		Conocimientos	Habilidades para:
Atención integral e integrada en salud Mental	Brindar atención integral e integrada en salud mental en la población.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer estrategias que permitan extender la atención en salud mental hacia una cobertura universal. Conocer la situación de la salud mental en la comunidad, su distribución y determinantes. Conocer conceptos básicos y diferencias sobre la prevención de trastornos mentales y de la promoción de la salud mental. Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de trastornos mentales, problemas psicosociales y promoción de la salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar en la población si tienen barreras de acceso. Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura.
Énfasis en promoción y prevención de la salud mental	Promoción y prevención de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer la situación de la salud mental en la comunidad, su distribución y determinantes. Conocer conceptos básicos y diferencias sobre la prevención de trastornos mentales y de la promoción de la salud mental. Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de trastornos mentales, problemas psicosociales y promoción de la salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar estrategias de promoción y prevención de la salud mental con base en la evidencia. Facilitar el aprendizaje en conjunto con el equipo de salud mental y la comunidad. Establecer compromisos y/o alianzas intersectoriales para atender la salud mental en la población. Participar en las iniciativas de promoción y prevención de la salud mental con actores sociales. Diseñar programas de promoción y prevención de la salud mental basadas en las necesidades de su comunidad.
Atención apropiada en salud mental	Brindar atención a las necesidades de las personas basándose en la evidencia y utilizando los	<ul style="list-style-type: none"> Conocer las buenas prácticas de salud mental para responder a las necesidades. Conocer, identificar y aplicar la nueva tecnología y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la apropiada evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural) Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud mental. Integrar los conocimientos de la situación de salud mental a la comunidad con las prioridades de





	recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer cómo aplicar las buenas prácticas de la gestión clínica. ■ Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud mental. 	<p>atención, la asignación y disponibilidad de los recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo de salud mental para garantizar una atención apropiada. ■ Realizar la coordinación de los cuidados de la salud mental
Organización y gestión óptima en salud mental	Aplicar prácticas adecuadas de gestión en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer políticas, marco legal e institucional en salud mental. ■ Conocer las etapas de gestión administrativa. ■ Conocer las competencias de los recursos humanos en los distintos ámbitos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Negociar con autoridades reconocidos. ■ Usar instrumentos de evaluación de la gestión para el equipo. ■ Capacidad para negociar con la Comunidad.
Mecanismos activos de participación	Facilitar y promover la participación social en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer a actores sociales claves para la abogacía en salud mental. ■ Conocer metodologías para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo y la comunidad. ■ Comprender el rol de la comunidad en el desarrollo de su salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estimular la participación activa de la comunidad en temas de salud mental. ■ Aplicar metodologías para optimizar información, comunicación y educación efectiva en salud mental. ■ Manejar las herramientas para identificar los actores sociales existentes en la comunidad, para el trabajo en conjunto en la atención integral en salud mental. ■ Habilidad del equipo para trabajar en forma conjunta con la comunidad. ■ Desarrollar instrumentos para la participación, abogacía y capacidad de adaptación.
Primer contacto	Favorecer la accesibilidad y la utilización de los servicios y establecer el	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud mental. ■ Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto y cada uno de sus miembros para realizar una adecuada atención en salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dar un trato digno y respetuoso. ■ Priorizar las necesidades y las intervenciones en salud mental. ■ Desarrollar una buena comunicación con el





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

	primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas psicosociales y trastornos mentales que repercuten en el proceso salud 	<ul style="list-style-type: none"> usuario, familia, comunidad que solicita atención en salud mental. Desarrollar espacio de cooperación mutua entre el equipo básico de salud mental a nivel individual, familiar y comunitario. Respetar y promover la autonomía de los usuarios, familias y comunidades
Recursos humanos Apropriados	Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Conocer y definir roles y responsabilidades dentro del equipo interdisciplinario de salud mental. Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente. Conocer acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud mental para movilizar recursos. Capacidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar y participar en el proceso de acompañamiento de los miembros del equipo básico de salud mental. Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud mental de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad. Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo: Comunicación, colaboración, coordinación Negociación y solución de conflictos: Participación, toma de decisiones, responsabilidad compartida
Temas de salud mental	Conocimiento de salud mental de los profesionales de EE.SS.	<ul style="list-style-type: none"> Salud mental y estigmas en salud mental Depresión moderada grave Ansiedad Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol. Violencia Familiar Habilidades Sociales Familias Fuertes Uso de psicofármacos 	<ul style="list-style-type: none"> Poner en práctica los conocimientos impartidos en la atención de problemas psicosociales y trastornos mentales.





Recursos adecuados y sostenibles	Uso racional recursos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uso adecuado de las pruebas de tamizaje en salud mental. ■ Registro adecuado en el HIS. ■ Identificar los recursos necesarios de acuerdo con el análisis de la situación de salud mental con información del nivel comunitario. ■ Conocer los recursos disponibles. ■ Conocer la dotación de medicamentos ■ Conocer el sistema de referencia y contrarreferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacer un uso racional y eficiente de los recursos disponibles. ■ Generar información útil y detallada acerca de las necesidades de salud mental para la toma de decisiones
Acciones intersectoriales	Articulación con los actores sociales a favor de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer los diferentes sectores con impacto sobre el proceso de salud mental y/o determinantes sociales. Identificar las responsabilidades y límites de cada actor y/o sector dentro el proceso de intersectorialidad. ■ Coordinar acciones intersectoriales de promoción y prevención en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales. ■ Interactuar con las autoridades de instituciones y la comunidad
TELESALUD	Asistencia Técnica a distancia a Profesionales de EE.SS.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incluirse en la Red a través de la modalidad de TELESALUD mediante el uso de la tecnología de información y comunicación. ■ Fortalece la formación continua de los profesionales de salud. ■ Mejorar la calidad asistencial en la atención en trastornos mentales y problemas psicosociales. ■ Fortalecer la capacidad resolutoria en casos de urgencias psiquiátricas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vincularse mediante la tecnología TELESALUD con especialistas de salud mental consiguiendo la capacidad resolutoria de casos. ■ Poseer capacidad resolutoria en la atención de problemas psicosociales y trastornos mentales.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.





4.5 Definiciones operacionales

Acompañamiento clínico psicosocial y de gestión en salud mental: Involucra la resolución de problemas en forma colaborativa entre uno o más especialistas de salud mental (equipo acompañante) y uno o más profesionales de atención primaria que son responsables de entregar asistencia clínico-psicosocial a sus beneficiarios. Implica un conjunto de actividades realizada por equipos de profesionales especializados y dirigidas a los equipos interdisciplinario de las microrredes y hospitales con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales.

Se considera:

- Dimensión clínica-psicosocial del abordaje de casos de problemas y trastornos mentales.
- Dimensión de gestión para la mejora de procesos en el abordaje de la salud mental, así como para la mejora de la articulación y coordinación.

Acompañamiento Clínico: Donde los equipos interdisciplinarios desarrollan capacidades en los equipos básicos de los centros de salud en temas de detección de los problemas de salud mental priorizados, diagnóstico y el manejo integral de los problemas y trastornos mentales en atención primaria.

Acompañamiento Psicosocial: En este proceso, los equipos especializados trabajan conjuntamente con el equipo básico a cargo de los programas preventivos y de promoción de la salud para incorporar el componente de salud mental. Básicamente, se asesora en el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención de problemas de salud mental. Así mismo, se fortalece la red de agentes comunitarios de salud en acciones de salud mental del territorio.

Acompañamiento para la gestión en salud mental: Implica que el equipo especializado realice reuniones de reflexión crítica para evaluar los avances en la gestión, resolución de puntos críticos y cambio de estrategia oportuna.

Asesoría en Servicio: Implica, que el equipo acompañante brindará la asesoría a los profesionales de cada servicio del establecimiento: Control de crecimiento y desarrollo (CRED), salud sexual y reproductiva, triaje, etapa vida adolescente, adulto y adulto mayor; se iniciará socializando los instrumentos de tamizaje (SRQ-18, VIF, AUDIT), y los instrumentos considerados en la norma técnica en caso del adulto y adulto mayor, explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental de los niños, gestantes, adolescentes, adultos y adulto mayor, brindando asesoría, en la aplicación de estos instrumentos.

Monitoreo: Es el procedimiento mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa, el grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local.

Equipo acompañante: Es el responsable de acompañar al equipo interdisciplinario de las redes focalizadas con la finalidad de elevar el nivel de desempeño en la atención de problemas y trastornos mentales con enfoque comunitario en todas las etapas de vida. Ofrece asistencia técnica a los EE.SS. estratégicos priorizados para la mejora en la gestión en salud mental, mejora de





procesos de atención clínica e intervención psicosocial con la finalidad de mejorar la práctica de los equipos interdisciplinarios.

Tamizaje de Salud Mental: Es un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias.

Atención básica de salud mental en los establecimientos del primer nivel de atención: La atención básica de salud mental implica realizar la detección (tamizaje) en todos los servicios de las redes de salud por el equipo interdisciplinario, poniendo especial énfasis en la detección de problemas de salud mental en la población de riesgo, tratamiento intervenciones psicosociales y farmacológicas básicas, las cuales dadas juntas han demostrado mucho mayor efectividad- y seguimiento de usuarios, con problemas psicosociales y trastornos mentales leves, moderados. Se considerará la derivación oportuna a los niveles de mayor nivel de resolución, sea por consulta ambulatoria o por atención de emergencia.

Capacidad Resolutiva: El nivel de suficiencia que tiene un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo para responder en forma oportuna y con calidad a una demanda de atención de salud.²²

Centro Consultante: Establecimiento de salud localizado en un área con limitaciones de acceso o de capacidad resolutiva y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permite enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión, información, educación y comunicación, y la prestación de servicios de salud a la población que atiende²²

Centro Consultor: Establecimiento de salud que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en los componentes de gestión, información, educación y comunicación y la prestación de servicios de salud en condiciones de oportunidad y seguridad²³

Personal de Salud Consultante: Personal de salud que se ubica en un Centro Consultante, quien solicita apoyo en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, a través del uso de tecnologías de información y comunicación.²³

Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación, que les permite intercambiar información que facilite el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área.²³

Telesalud: Es un servicio de salud que utiliza tecnologías de Información y comunicaciones (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutiva.²³





V. Disposiciones Específicas

5.1 De la Metodología del Acompañamiento

Roles y funciones del equipo acompañante:²¹

- Identificar y fortalecer las mejores prácticas de acompañamiento, ejerciendo un rol motivador.
- Brindar asistencia técnica oportuna al equipo facilitador de las redes hospitalares de la región de forma periódica.
- Promover la incorporación de acciones de salud mental en la región por medio del equipo facilitador capacitado.
- Promover el uso de mejores prácticas clínicas basadas en evidencias científicas aplicadas a la atención primaria y contexto sociocultural.
- Participar en reuniones convocada por el equipo acompañante o facilitador, para coordinar la ejecución de actividades.
- Asesorar al equipo facilitador en la evaluación, seguimiento de casos y discusión de casos clínicos.
- Ingresar información del proceso de acompañamiento y mantener actualizada la base de datos de forma continua.
- Presentar el plan de acompañamiento e informe mensual de las actividades realizadas.
- Participar activamente en el proceso de autoevaluación, registro de satisfacción del equipo facilitador y usuarios que participan durante el proceso de acompañamiento.

Procedimientos y técnicas para la visita de acompañamiento:²¹

El equipo acompañante que realiza la visita a los facilitadores tendrán en cuenta lo siguiente para llevar a cabo con efectividad la visita: (Ver Anexo 2)

Antes de la visita de acompañamiento:

- Planificación de la visita:

□ Investigación Documentaria: Es la recolección, revisión y análisis de los planes, informes de las visitas y las fichas de monitoreo anteriores, con la finalidad de tener una descripción general y completa de la realidad sobre la implementación de servicios de salud mental en la región. Nos ayuda a conocer las fortalezas de la región a visitar, las áreas críticas a nivel técnico, administrativo, participación de los equipos básicos, competencias en salud mental de los profesionales. Esta situación analizada permitirá establecer criterios para el planeamiento, de las actividades a desarrollarse con el equipo facilitador.

Orientación al equipo de facilitadores: Los médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadora social, integrantes del equipo de facilitadores, previo a las visitas de acompañamiento en el establecimiento de salud, reciben orientación sobre aspectos técnicos y administrativos, que les servirá para orientar sobre el proceso de atención como tamizaje, evaluación, diagnóstico, e intervenciones, rehabilitación basada en la comunidad, y la promoción de la salud mental y la gestión en salud mental. Asimismo, estandarizan la metodología de acompañamiento y los instrumentos a utilizar en el mismo.

- Coordina con el equipo gestor y personal a acompañar.
- Revisa y contextualiza las guías clínicas e instrumentos y registros a emplear durante la visita.





Durante la visita de acompañamiento:

- La Entrevista: Permite captar opiniones y el conocimiento que tiene el personal de la actividad o tareas de su responsabilidad en el ámbito de salud mental, es el momento para motivar al personal y valorar los aspectos positivos de su labor. Puede darse de forma individual o grupal.
- Asesoría y acompañamiento en servicio: Consiste en la asesoría técnico-clínica en servicio, a médicos, psicólogos, enfermeros, obstetras y trabajadores sociales en la práctica cotidiana de la atención de salud mental a usuarios; para fortalecer sus competencias sobre tamizaje, evaluación, diagnóstico, uso de psicofármacos en atención primaria, intervenciones psicosociales: psicoeducación, entrevista motivacional, terapia breve, consejería y visita domiciliaria según competencia profesional.
- Observación Directa: Permite observar la calidad del proceso, la conducta del personal, desempeño de una situación real de trabajo, que facilita la capacitación y retroalimentación.
- Revisión y análisis de documentos: consiste en la revisión de los documentos técnicos, administrativos y clínicos (información estadística, normas, planes operativos, programas, proyectos, guías clínicas, historias clínicas, kardex, actas, HIS, etc.) para recoger información, conocer la intervención, los avances y el nivel de implementación.
- Discusión de casos clínicos: En la reunión de revisión de historias clínicas, el equipo de salud de redes presentan casos clínicos de salud mental que ellos han elegido por su complejidad, manejo psicofarmacológico, psicosocial, soporte familiar, adherencia al tratamiento entre otros, en la que el equipo acompañante brindará asesoría técnica para el manejo del caso.
- Reunión técnica con equipo básico y de facilitadores: Es la reunión con el equipo de facilitadores y el equipo interdisciplinario del EE.SS, a realizarse en la visita de acompañamiento con la finalidad de realizar una retroalimentación grupal sobre el cuestionario de síntomas psiquiátricos para adultos SRQ-18, Cuestionario de Síntomas psiquiátricos para Niños (RQC), Cuestionario sobre Violencia Intrafamiliar (VIF), examen mental, farmacología, intervención psicosocial, para facilitar la implementación del servicio de salud mental, potenciando el trabajo en equipo, la cooperación y la complementación para la intervención en salud mental. Además, permite conocer sus inquietudes, dificultades, aciertos, entusiasmo, las que serán atendidas por el equipo facilitador.
- Reunión de Problematización: En la reunión con los equipos de salud, se identificarán los problemas y se priorizará la solución de acuerdo con criterios establecidos, disponibilidad de recursos, estableciendo plazos.
- Reunión de trabajo con Directivos: Consiste en analizar conjuntamente con director de la red de salud y gerente, sobre aspectos administrativos, normativos, que facilitarán la implementación del servicio de salud mental y la toma de acuerdos para fortalecerlos.





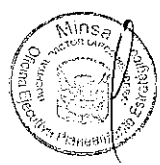
Después de la visita:

El acompañante organiza la información recogida y la sistematiza haciendo uso de la ficha de acompañamiento (ya sea en su versión física o virtual). Así mismo planifica su próxima visita en función a las necesidades y demandas identificadas.

5.2 Descripción de procesos

Procesos iniciales para la elaboración y ejecución del presente plan de acompañamiento clínico psicosocial:

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE
1	Elaboración de plan de acompañamiento clínico psicosocial dirigido a los EESS priorizados de Lima	Reunión	01	Unidad Funcional Salud Mental Comunitaria
2	Revisión del instrumentos del acompañamiento: <ul style="list-style-type: none"> Ficha de acompañamiento 	Instrumentos	01	Unidad Funcional Salud Mental Comunitaria
3	Presentación del plan de acompañamiento clínico psicosocial para RD emitida por el Hospital "Víctor Larco Herrera"	Plan aprobado con RD	01	Unidad Funcional Salud Mental Comunitaria





➤ **Objetivo General:**

Fortalecer las competencias de los equipos interdisciplinarios a nivel de redes y EESS para el desarrollo e implementación en atención integral en salud mental; con enfoque en persona, familia y comunidad.

Objetivo Específico 1:

Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales y de procesos de organización y participación de los actores sociales en la atención de la salud mental.

A nivel de los EE.SS. en Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	Nro Intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Reunión técnica con las autoridades de la Red, redes y responsables de la Estrategia de Salud Mental, director de hospitales y actores sociales para brindar la abogacía, sensibilización en salud mental y socialización del reglamento de Ley 29889, Ley que modifica el artículo N°11 de la Ley general de salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.	Reunión de gabinete	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	2	-	2	-	-
2	Se brindará asesoría al responsable de promoción de salud, para la vigilancia comunitaria en salud mental, asimismo acompañar en el proceso de capacitación de agentes comunitarios en temas de salud mental.	Reunión	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	4	2	2	-	-
		Taller		16	-	6	6	4
3	Reuniones periódicas de gestión con Director de Red, jefes de microrredes, director de EE.SS. y actores sociales.	N° de reuniones	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	10	-	4	4	2

A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA				
				1ra visita	2da visita	3era visita	4ta visita	5ta visita
				Junio	Agos	Set.	Oct.	Nov.
1	Reunión técnica con las autoridades de las, redes y responsables de la Estrategia de Salud Mental, director de hospitales y actores sociales para brindar la abogacía, sensibilización en salud mental y socialización del reglamento de Ley 29889, Ley que modifica el artículo N°11 de la Ley general de salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.	Reunión de gabinete	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	X				
2	Se brindará asesoría al responsable de promoción de salud, para la vigilancia comunitaria en salud mental, asimismo acompañar en el proceso de capacitación de agentes comunitarios en temas de salud mental.	Reunión	Equipo técnico de UFSCM-HVLH		X	X	X	X
		Taller						
3	Reuniones periódicas de gestión con Director de Red, jefes de microrredes, director de hospitales, autoridades de EE.SS. y actores sociales.	N° de reuniones	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	X	X	X	X	X





➤ **Objetivo General:**

Fortalecer las competencias de los equipos interdisciplinarios a nivel de redes y EESS para el desarrollo e implementación en atención integral en salud mental; con enfoque en persona, familia y comunidad.

Objetivo Específico 2 Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de atención en salud mental en la mejora de procesos de atención de problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo, de referencia y contrarreferencia en salud mental.

A nivel de los EE.SS. en Lima

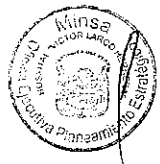
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	Nro Intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Asistencia técnica para brindar atención integral de salud mental con énfasis en enfoque comunitario llevando a cabo el abordaje de los problemas psicosociales y trastorno mental en cada una de las etapas de la vida y actividad preventivo promocionales.	Visita	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	8	-	4	2	2
2	Organización de los equipos para la implementación efectiva del servicio de salud mental en el establecimiento.	Equipo básico de salud mental conformado.	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	2	-	2	-	-
3	Asistencia técnica en la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios según los niveles e atención de su jurisdicción.	Visita	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	4	1	1	1	1





A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da visita	3era visita	4ta visita	5ta visita
				Junio	Agost.	Set.	Oct.	Nov.
1	Asistencia técnica para brindar atención integral de salud mental con énfasis enfoque comunitario llevando a cabo el abordaje de los problemas psicosociales y trastorno mental en cada una de las etapas de la vida y actividad preventivo promocionales.	Visita	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X
2	Organización de los equipos para la implementación efectiva del servicio de salud mental en el establecimiento.	Equipo básico de salud mental conformado	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				
3	Asistencia técnica en la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios según los niveles e atención de su jurisdicción.	Visita	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X





➤ **Objetivo General:**

Fortalecer las competencias de los equipos interdisciplinarios a nivel de redes y EESS para el desarrollo e implementación en atención integral en salud mental; con enfoque en persona, familia y comunidad.

Objetivo Específico 3: Fortalecer el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en la evaluación clínica - psicosocial, diagnóstico, tratamiento farmacológico, intervención breve, psicoeducación, visita domiciliaria, rehabilitación psicosocial y la atención de emergencia en caso de personas con problemas de salud mental.

A nivel de los EE.SS. en Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	Nro Intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Capacitación en estigmas de salud mental. Capacitación en detección y abordaje de Violencia intrafamiliar. Capacitación en Habilidades Sociales. Uso de Guías de intervención mhGAP, fichas de tamizaje, manual de habilidades sociales, manual de familias fuertes.	Eventos de capacitación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	8	-	2	5	1
2	Capacitación integral continúa mediante la asesoría técnica en acompañamiento por pares en la detección, evaluación, atención, tratamiento, rehabilitación, manejo y abordaje de emergencias de usuarios con trastornos mentales.	Visita guiada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	30	-	10	15	5
3	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas prevalentes.	Caso clínico	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	3	-	1	2	-
4	Revisión de registro clínicos	Historia Clínica	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	4	-	2	-	2
5	Sesión educativa para el adecuado registro epidemiológico y estadístico HIS/SIS.	Sesión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	1	-	-
6	Visitas domiciliarias.	Visita	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	4	-	2	2	-





A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da visita	3era visita	4ta visita	5ta visita
				Junio	Agost.	Set.	Oct.	Nov.
1	Capacitación en estigmas de salud mental, uso de Guías de intervención mhGAP y fichas de tamizaje.	Eventos de capacitación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			
2	Capacitación integral continúa mediante la asesoría técnica en acompañamiento por pares en la detección, evaluación, atención, tratamiento, rehabilitación, manejo y abordaje de emergencias de usuarios con trastornos mentales.	Visita guiada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X	X		
3	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas prevalentes.	Caso clínico	Equipo técnico de UFSMC-HVLH			X	X	X
4	Revisión de registro clínicos	Historia Clínica	Equipo técnico de UFSMC-HVLH			X	X	X
5	Sesión educativa para el adecuado registro epidemiológico y estadístico HIS/SIS.	Sesión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				
6	Visitas domiciliarias.	Visita	Equipo técnico de UFSMC-HVLH			X	X	X
7	Coordinación con las autoridades locales el desarrollo de pasantías en el Hospital Víctor Larco Herrera para mejorar las habilidades y actitudes en temas de salud mental.	Coordinación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				





➤ **Objetivo General:**

Fortalecer las competencias de los equipos interdisciplinarios a nivel de redes y EESS para el desarrollo e implementación en atención integral en salud mental; con enfoque en persona, familia y comunidad.

Objetivo Específico 4:

Brindar asistencia técnica a distancia a los profesionales del primer y segundo nivel de atención en salud mental, bajo la modalidad de TELESALUD en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud de uno o más consultantes mediante el uso de la tecnología de información y comunicación.

A nivel de los EE.SS. en Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	Nro intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Capacitación y socialización de TELESALUD, como servicio de salud basado en la tecnología de la información y comunicaciones.	Eventos de capacitación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	-	1	-
2	Participación del equipo en las capacitaciones de TELESALUD.	Evento de capacitación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	-	1	-

A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da visita	3era visita	4ta visita	5ta visita
				Junio	Agost.	Set.	Oct.	Nov.
1	Capacitación y socialización de TELESALUD, como servicio de salud basado en la tecnología de la información y comunicaciones.	Eventos de capacitación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			
2	Participación del equipo en las capacitaciones de TELESALUD.	Evento de capacitación	Equipo técnico de UFSMC-HVLH			X	X	X





5.3 Recursos Necesarios
- Recursos Humanos

RRHH	Cantidad de profesionales
Psiquiatra	03
Psicólogo	03
Trabajadora Social	03
Enfermero	03

- Recursos Materiales

Recursos materiales	Tipo de recurso
Material de impresión	Guías del mhGAP, guías de registro de codificación HIS, trípticos, fichas de tamizaje, encuestas, reglamento de ley 29889, impresiones en general.
Papelería en general	Hojas bond, cartulinas, paleógrafos.
Otros	Chalecos, lapiceros, USB, plumones de pizarra, cinta adhesiva transparente, cinta masking tape, engrapador, tijera, folders, banners, archivador de cartón, chinchas metálicas, folders.

- Servicios

Viático, pasajes Aéreos, pasajes terrestres locales, internet, teléfono.

5.4 Presupuesto

SERVICIOS	UNIDAD	Cantidad	Costo por unidad	Costo Total
VIATICOS	Servicios	20	1200	S/ 24,000.00
Pasaje Aéreo	Servicios	20	576	S/ 11,500.00
Seguro Personales	Servicios	20	67.75	S/ 1,350.00

VIATICOS	Servicios	20	1200	S/ 24,000.00
Pasaje Terrestre	Servicios	20	30	S/ 600.00
Seguro Personales	Servicios	20	67.75	S/ 1,350.00

Guía mhGAP 2.0	Impresión	500		S/ 17,500.00
Trípticos	Impresión	3000		S/ 4,500.00
Útiles de Escritorio				S/ 1,200.00
TOTAL				S/ 86,000.00





5.5 Indicadores

Estructura

- Porcentaje de presupuesto ejecutado del asignado
- Porcentaje de disponibilidad de recursos humanos
- Porcentaje de recursos tecnológicos

Proceso

- Porcentaje de cumplimiento de actividades programadas (80%)
- Porcentaje de profesionales capacitados del total programado
- Porcentaje de redes, microrredes y EEESS intervenidos
- Porcentaje de módulos temáticos desarrollados versus los programados

Resultado

- Porcentaje de profesionales certificados con competencias
- Disminución de la tasa de prevalencia de salud mental de la zona intervenida.

5.6 Monitoreo y evaluación

Es el procedimiento mediante el cual se realizará el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de estructura, procesos y resultados, el grado de cumplimiento de las metas.

El análisis incluirá el grado de cumplimiento de las actividades con la calidad de los procesos desarrollados, asociados al nivel de logro en relación al objetivo, resultados esperados previstos y los presupuestos ejecutados. Se incorporará también en el análisis las barreras y nudos críticos identificados, así como las fortalezas y factores de relevancia alcanzados e indicadores para convertir las acciones realizadas en buenas prácticas de salud mental.





VI. RESPONSABILIDADES

A nivel Nacional:

- Hospital Víctor Larco Herrera: Equipo Técnico de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.

A nivel Local:

- DIRESA, Redes





VII. ANEXOS

Anexo 1:

PROGRAMA OFICIAL DEL DESARROLLO DEL PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS 2019

A nivel de EESS Lima Metropolitana

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCONCENTRADO	EESS	TRIMESTRES DEL AÑO 2019			
			I	II	III	IV
LIMA	DIRIS LIMA CENTRO	C.S San Isidro	El desarrollo de las actividades se realizará de FEBRERO a NOVIEMBRE en coordinación con cada centro de salud.			
		C.S. Miraflores				

Fuente: UFSMC-HVLH

A Nivel de Regiones

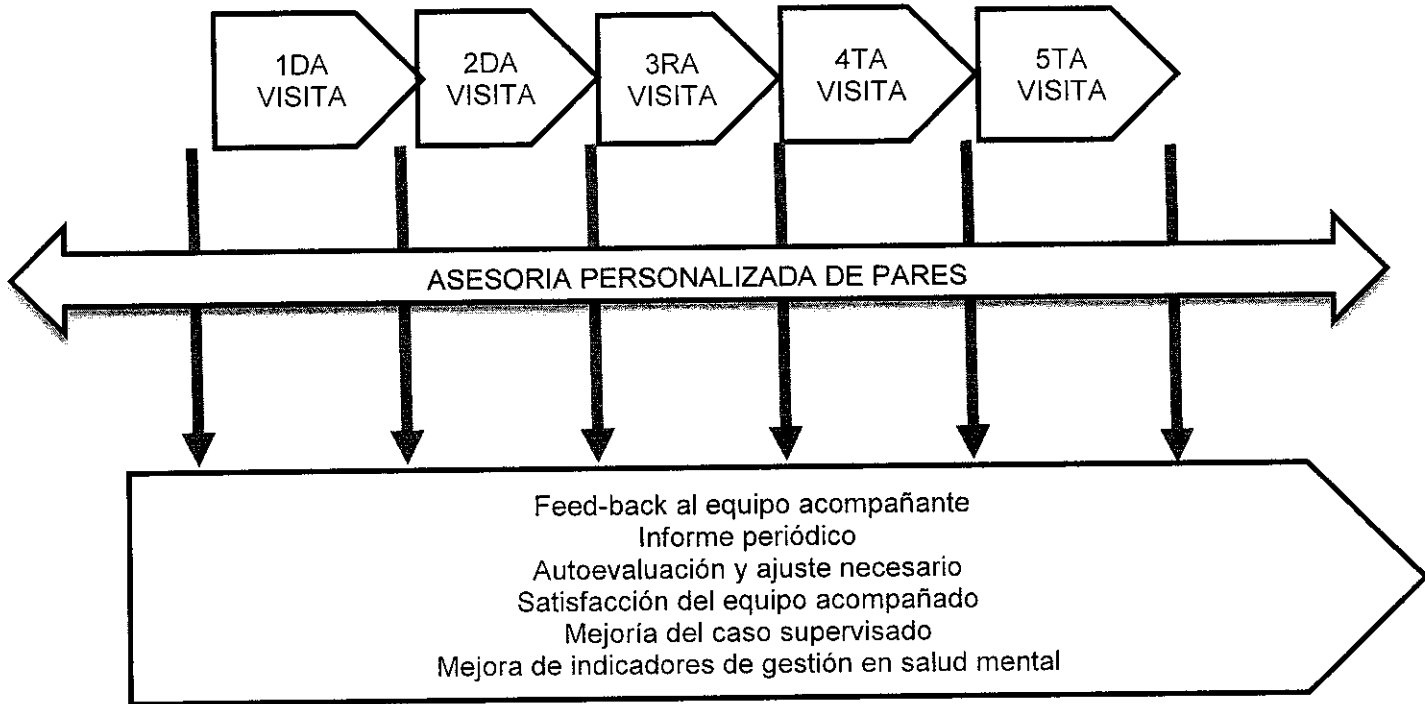
DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCONCENTRADO	EESS	1er Visita	2da Visita	3er Visita	4to Visita	5ta Visita
CAJAMARCA Y/O LIMA	REGION CAJAMARCA	RED JAEN	junio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
	REGION LIMA	RED DE SALUD HUARAL CHANCAY	junio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre





Anexo 2:

Fluxograma general de procedimientos del acompañamiento clínico





VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente-Práctica. Informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias. Ginebra, 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
2. Organización Mundial de Salud: Salud mental: un estado de bienestar. 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es
3. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS), Declaración de Caracas 1990. Disponible en : https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
4. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Principios de Brasilia. 2005. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf
5. Organización Panamericana de Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington. 2009. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
6. Bojórquez E., Chacón O, Rivera G., Donadío G., Stucchi S., Sihuas C. y cols. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. Acta Med Per 29(1), 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96624194013>
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos para la acción en salud mental. Perú, 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/02_Lineamientos_SM.pdf
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Plan General 2005-2010. Perú, 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/03_Plan_General_ESSM_y_CP.pdf
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Perú, 2006. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/01_Plan_Nacional_de_Salud_Mental.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción en Salud Mental para la Implementación del Reglamento de la Ley N°29889 Ley que modifica el Artículo N°11 De la Ley General De Salud (Versión Preliminar). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/textcom/sct/000340.pdf>
11. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. 2015. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6F21F9C8F949208A05257AA10076FA6C/\\$FILE/1.Ley_quemodifica_art%C3%ADculo_11_de_la_Ley_26842.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6F21F9C8F949208A05257AA10076FA6C/$FILE/1.Ley_quemodifica_art%C3%ADculo_11_de_la_Ley_26842.pdf)





12. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; XXIX (1): 1-397.
13. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE). Washington, D.C. 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHOAIMS.pdf>
14. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Acceso de la población a la Atención Integral de Salud Mental. 2014.
15. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo
16. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2003; XIX (1 -2):1-218
17. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental. 2005; XXI (1 -2):1-214.
18. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; XXIII (1 -2):1-227
19. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental. 2008; XXIV (1 -2):1-249
20. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Informe sobre Servicios de Salud Mental del Subsector del Ministerio de Salud del Perú. 2008
21. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi". Norma técnica para el acompañamiento clínico psicosocial y de gestión en salud mental a las redes de salud. 2016. (No publicado).
22. Hospital "Victor Larco Herrera", Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis Situacional de Establecimientos hospitalarios (ASEH) año 2016
23. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Telesalud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1428.pdf>





**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA
Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria**



DOCUMENTO TÉCNICO:

**PLAN DE ENTRENAMIENTO DE FACILITADORES PARA LA
CAPACITACIÓN DE EQUIPOS DE LA SALUD EN LA
APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA "ACOMPAÑAMIENTO
CLÍNICO PSICOSOCIAL"**

Magdalena del Mar, marzo de 2019





INDICE

INTRODUCCIÓN

I. FINALIDAD

1.1 OBJETIVO

1.2 Objetivo General

1.3 Objetivo Específicos

II. AMBITO DE APLICACIÓN

2.1 Población Objetivo

III. BASE LEGAL

IV. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 Antecedentes

4.2 Situación actual de la salud mental en el Perú

4.3 Diagnóstico de necesidades de competencias: Identificación de brechas

4.4 Entrenamiento de Facilitadores.

4.5 Requisitos del facilitador.

4.6 Contenidos temáticos

4.7 Prevalencia de los Problemas de Salud Mental

V. Disposiciones Específicas

5.1 Metodología del Acompañamiento

5.2 Actividades a desarrollar en la visita

5.3 Descripción de Procesos

5.4 Recursos Humanos

5.5 Recursos Materiales

5.6 Servicios

5.7 Presupuesto

5.8 Monitoreo y evaluación

VI. RESPONSABILIDADES

VII. ANEXOS

VIII. BIBLIOGRAFÍA





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Víctor Larco Herrera
Dpto. Consulta Externa y
Salud Mental Comunitaria

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



INTRODUCCIÓN

El Hospital Víctor Larco Herrera es una institución del Ministerio de Salud, especializada en el campo de la salud mental y psiquiatría. La Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria viene ejecutando el "Acompañamiento Clínico Psicosocial" (ACP) desde junio del 2015, esto conlleva al fortalecimiento de la incorporación del componente de salud mental en la atención integral, avance en el fortalecimiento de la gestión en salud mental, implementación de tamizaje, tratamiento ambulatorio, hospitalización breve, articulación y trabajo interdisciplinario.

Este modelo ha sido incorporado al nuevo programa presupuestal de salud mental Pp-131, permitiendo a nivel normativo incorporar el ACP como una herramienta estratégica para fortalecer a los equipos básicos de salud del primer nivel de atención en el componente de salud mental, permitiendo a los proveedores de servicios brindar una atención a la población en general, con énfasis en el enfoque comunitario.

En este contexto, el Ministerio de Salud con el fin de reducir las brechas de atención de personas que sufren trastornos mentales y por uso de sustancias, implementa el "Plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología de acompañamiento clínico psicosocial" que busca incrementar progresivamente la cobertura y calidad de atención en Salud Mental, maximizando las potencialidades de los diferentes establecimientos de salud de atención primaria.

En ese sentido se hace necesario elaborar un *Plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología "Acompañamiento clínico psicosocial"*, que busca optimizar las habilidades y capacidades de los profesionales de nuestra institución para ejecutar el ACP; y de gestión a través de las réplicas de estas capacitaciones en otros EESS de sus respectivas regiones.





I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud mental de la población, fortaleciendo las competencias, destrezas, prácticas y capacidad de respuesta del equipo facilitador para la adecuada ejecución del ACP a los equipos interdisciplinarios de atención primaria, en el marco del abordaje comunitario.

1.1 OBJETIVO

1.2 Objetivo General

Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para el ACP y de gestión, reglamentando las acciones que debe realizar el equipo acompañante en las diferentes etapas de intervención, asegurando los procesos de implementación, fortalecimiento del manejo clínico y psicosocial de los trastornos mentales y problemas psicosociales, en los equipos interdisciplinarios de los establecimientos de salud; con enfoque en persona, familia y comunidad.

1.3 Objetivos Específicos

- Sensibilizar a los gestores de la DIRESA, RED y EESS de la Región.
- Sensibilizar al equipo facilitador de los equipos de salud acerca de la necesidad de fortalecer la salud mental.
- Potencializar las habilidades y capacidades del equipo facilitador en las diferentes estrategias y formas de intervención para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, a través de diversas actividades de capacitación siguiendo un enfoque comunitario y siguiendo las normativas vigentes en salud mental.
- Facilitar diferentes estrategias al equipo facilitador para optimizar el manejo en las intervenciones clínicas, psicosociales, gestión, con enfoque comunitario a través de las visitas de acompañamiento.
- Establecer la aplicación en la prestación de servicios de salud de la Telesalud en las acciones de gestión, capacitación, educación y consulta, con la finalidad de la promoción global de la salud, control de la enfermedad y apoyo en urgencias.





II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será aplicado en las áreas de influencia al Hospital Víctor Larco Herrera. Este año se realizara en Lima Metropolitana con los Centros de Salud seleccionados de la DIRIS Lima Centro: C.S Miraflores, C.S. San Isidro y en las regiones de Lima y Cajamarca

Tabla1. Lista de EE.SS. Priorizados para el Acompañamiento Clínico Psicosocial a cargo del Hospital Víctor Larco Herrera, 2019.

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCONCERTADO	EE.SS.	CATEGORÍA
REGION CAJAMARCA	DIRESA CAJAMARCA	RED JAEN	I-3
			I-4
REGION LIMA	DIRESA LIMA	RED DE SALUD HUARAL	I-3
		CHANCAY	I-4
LIMA	DIRIS CENTRO	C.S MIRAFLORES	I-3
		C.S SAN ISIDRO	

Fuente: UFSMC-HVLH

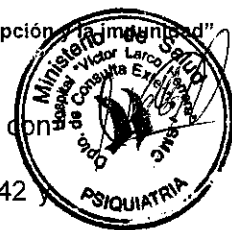
2.1 Poblacion Objetivo

- Autoridades de DIRESA, DIRIS:
 - Director de la Red
 - Coordinadores de la Estrategia de Salud Mental
- Autoridades y equipos de salud de establecimiento de salud estratégicos seleccionados:
 - Centro de Salud Mental Comunitario.
 - Gestores educativos
 - Agentes comunitarios de salud
- Comunidad:
 - Actores Sociales: Gobiernos locales, comisaria, fiscalía, Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA), Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED), Centro de Emergencia Mujer (CEM), Organizaciones No Gubernamentales (ONG), representantes de los medios de comunicación, promotores de salud, entre otros.
 - Organizaciones de base, dirigentes comunales, sociedad civil.



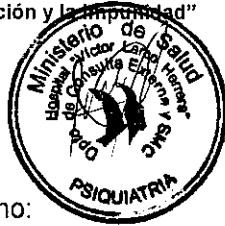
III. BASE LEGAL

1. Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley



- 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
2. Ley 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud 26842 y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
3. Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización. Establece que la salud pública es una de competencias exclusivas de los gobiernos regionales y una competencia compartida de los gobiernos locales.
4. Ley N° 27050. Ley General de la Persona con Discapacidad.
5. Ley General de Salud N° 26842
6. Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES, el Estado Peruano aprobó el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015.
7. Decreto Supremo N° 006-97-Jus Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.
8. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
9. Resolución Ministerial N° 464 -2011/MINSA. Aprueba el documento técnico del Modelo de atención integral en la familia y la comunidad
10. Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.
11. Resolución Ministerial N° 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
12. Resolución Ministerial N° 943 – 2006/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental.
13. Resolución Ministerial N° 012-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan General de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010".
14. Resolución Ministerial 455-2001/MINSA. Aprueba el documento técnico normativo "Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil".
15. D. Leg. N° 1166. Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
16. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
17. Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de Telesalud
18. Resolución Ministerial 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud en Telesalud".
19. Resolución Ministerial 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N 138-MINSA/2017/DGIESP. "Norma técnica de salud de centros de salud mental comunitarios".
20. Resolución Ministerial 701/2018/MINSA, que aprueba NTS N 140-MINSA/2018/DGIESP. "Norma técnica de salud de Hogares protegidos".
21. Resolución Ministerial 356 -2018/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan nacional de fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitario 2018-2021".





IV. Disposiciones Generales:

4.1 Antecedentes

Desde un principio la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía la salud como: "...un estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia", las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es parte integral de la salud, la salud mental es más que ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y conducta.¹ Actualmente la OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.²

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) tiene como antecedente el informe de Lalonde en 1974, en donde un ministro en Canadá destaca por primera vez que para mejorar la atención en salud no es suficiente enfocarse solo en la enfermedad; luego, cuatro años después en la Declaración de Alma-Ata en 1978 se destaca promover y proteger la atención primaria de la salud como estrategia de mejorar la salud de todas las poblaciones. En 1990 en la Declaración de Caracas representa el punto de partida de la reforma de la atención psiquiátrica para los países miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en donde se menciona que la reestructuración de la atención psiquiátrica está ligada a la APS y además se permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad;³ quince años después la Declaración de Brasilia representa una actualización de la Declaración de Caracas, en vista de los limitados avances en la consecución de los objetivos planteados, en donde se reitera la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos.⁴ En el 2009 la OPS emite el plan estratégico formal para la atención a la salud mental en la región de las Américas, este documento manifiesta dentro de sus 10 recomendaciones los siguientes: Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental; revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.⁵

En el Perú, este proceso de implementación recomendado por los organismos internacionales no se ha logrado de forma integral; dentro de los intentos del estado en décadas pasadas se dieron por aprobar una serie de documentos normativos, que significaron avances importantes desde el punto de vista doctrinario; pero que han sido escasamente implementados, pues no han logrado ser prioritarios en el accionar del sector y tampoco han logrado financiación.⁶ Así, en lo que corresponde a políticas y planes, en el 2004 se aprobaron los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental" en donde en el lineamiento N° 2 mencionan "Integración de la salud mental en la concepción de la salud" y en el lineamiento N° 3 se refiere a la "Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes", ambos incorporan la transformación de la atención de la salud mental hacia un modelo comunitario y en el lineamiento N° 7 "Desarrollo de Recursos Humanos", en donde se manifiesta que los recursos humanos están poco capacitados para la atención en salud mental o reciben capacitaciones repetidas en el mismo tema, están centralizados, no cuentan con el monitoreo para la aplicación de lo aprendido y rotan excesivamente.⁷

En el 2005 también se aprobó la "Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz" que en su primer objetivo estratégico se refiere a "Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en la conducción de las políticas, planes y estrategias de salud mental en el país" y en el tercero describe "Implementar en el modelo de atención integral en salud el componente de salud mental y psiquiatría"⁸; ya en el 2006 se





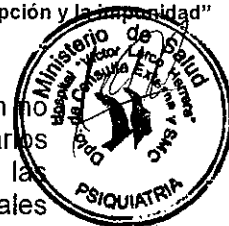
aprobó el "Plan Nacional de Salud Mental" en donde se reafirma con lo anteriormente planteado y en su objetivo general resalta el "Asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, en base a la reestructuración de servicios que prioricen la atención en la comunidad".⁹

En el año 2011 recién se activó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud, con esta decisión se empezaron a abrir oportunidades progresivas de reorientación de la atención de salud mental hacia un nuevo paradigma fundamentado en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria renovada con una esencia comunitaria, que es la característica central de este nuevo paradigma que desde la Declaración de Caracas cada vez más países de la región de las Américas la vienen ejecutando. En junio del año 2012 se dió un nuevo salto en la implementación de mejoras normativas en salud mental en Perú con la promulgación de la Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842), y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Este nuevo marco legal dictamina que la atención de la salud mental se realice en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial; que esta atención se dé "preferentemente" de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social. Del mismo modo se considera que el internamiento es un recurso terapéutico de naturaleza excepcional y que debe realizarse con "consentimiento informado libre y voluntario del usuario" y por un periodo "estrictamente necesario en el establecimiento de salud más cercano". Para hacer viable la atención ambulatoria se garantiza "el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento, institucionalización y abandono". Se promoverá la atención ambulatoria y con internamiento en los hospitales generales, la instalación de redes comunitarias con equipos multidisciplinarios, el desarrollo de infraestructuras intermedias como centros de salud mental comunitarios, hospitales de día, residencias y programas dirigidos a las personas con trastornos mentales en situación de calle, el acceso universal y gratuito al tratamiento, la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención, la incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud y finalmente, la desinstitucionalización de las personas con discapacidad que viven en los establecimientos.¹⁰

Se tiene conocimiento que hasta el año 2014, solo el 1.5% del presupuesto nacional en salud se invierte en la atención de la salud mental y 80% de este presupuesto se invierte en las 3 instituciones psiquiátricas. Es por eso que en el nuevo marco legal nacional, la medida más estratégica la dió en el año 2014 el Ministerio de Economía, cuando aprueba la gestión realizada por el Ministerios de Salud para la ampliación de una demanda adicional para el año 2015 a través del nuevo Programa Presupuestal N°131 de prevención y control en salud mental por 25 millones de soles, con el objetivo fortalecer los servicios de salud mental, llegando a un total de 68 millones de nuevos soles.¹⁰ En este contexto, la implementación del Reglamento de la Ley N° 29889 que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842) garantiza que las personas con problemas en su salud mental tengan acceso universal y equitativo, disponiendo que la atención de las personas se efectúe obligatoriamente desde el primer nivel de atención, con servicios de salud mental que cuenten con un equipo de especialistas interconectado mediante redes de servicio de salud en forma ambulatoria, sin necesidad que los pacientes mentales sean internados u hospitalizados.¹¹

Estas nuevas estructuras descritas en el reglamento constituyen la red de atención comunitaria de salud mental, como parte integrante de la red de atención de salud y tienen como finalidad vincular directamente los servicios de atención médica con la





comunidad a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado con servicios de salud mental, centros de salud mental comunitarios (servicios especializados en salud mental); las unidades de hospitalización y las unidades de hospitales de día de salud mental y adicciones en los hospitales generales.¹⁰

El Hospital Víctor Larco Herrera, en el marco de la normativa vigente viene ejecutando el ACP desde junio del 2015. Durante el año 2016 realiza el ACP en 5 regiones logrando la conformación de dos centros de salud mental comunitaria uno en Sullana y otro en Ayacucho. Y realizando la capacitación y acompañamiento en pares en salud mental a los establecimientos de primer nivel obteniéndose un total de 104 profesionales de la salud facilitadores y 121 profesionales de la salud capacitados en salud mental.

En el año 2017 se ejecuta el ACP en la región Piura se logra fortalecer capacidades de 57 profesionales; de todos ellos 29 de Centro de Salud Mental Comunitario "Nuestra Señora del Perpetuo Socorro".

En el año 2018 se ejecuta el ACP en la región Lima .RED Chilca- Mala y en DIRIS Centro ,en el C.S San Miguel, logrando fortalecer las capacidades de 54 profesionales de la atención primaria ,formándose como facilitadores 28 de ellos, además de la participación de 42 agentes comunitarios

Para el presente año se plantea continuar con el "*Plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología de acompañamiento clínico psicosocial*" y así poder reducir las brechas de atención en salud mental en el ámbito de nuestra influencia.

Es importante hacer mención que desde el año 2017 se incorpora la modalidad de TeleSalud dentro de las capacitaciones en el acompañamiento clínico, buscando brindar mayor accesibilidad al personal asistencial de salud particularmente en áreas rurales, zonas aisladas y con limitada capacidad resolutive (centro consultante) a través de una interconexión con establecimientos de salud de diferentes regiones de Perú. El objetivo es brindar soluciones a las necesidades de salud de la población de manera oportuna y segura desde una localización remota con personal especializado (centro consultor).

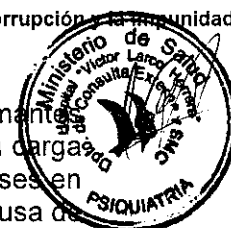
Los elementos que comprende el Plan Nacional de TeleSalud son cuatro: Tele-educación, que permite la capacitación continua a distancia a través de la discusión virtual de casos clínicos; Tele-diagnóstico, que consiste en la ayuda al diagnóstico del paciente a distancia; Tele-consulta, que corresponde al acceso de un tele-especialista en una ubicación remota y Tele-gestión, que implica reuniones de trabajo con ejecutivos, especialistas y administrativos.

Para el presente año buscamos fortalecer e incorporar la capacidad de los establecimientos de salud en los problemas psicosociales como la violencia, facilitando el uso de los manuales de habilidades sociales y familias fuertes, tal como lo menciona el actual plan nacional de fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitario.

4.2 Situación actual de la salud mental en el Perú

Los trastornos mentales, sociales y del comportamiento son un componente importante de los problemas de salud del mundo, no sólo por su alta prevalencia de vida (20-25%), sino por el importante impacto en el funcionamiento de la persona y su repercusión en aspectos socioeconómicos, especialmente laborales, dado que estos trastornos predominan en la población económicamente activa. Siendo vinculados con el bienestar, calidad de vida, libertad de expresión y en particular a los derechos humanos. Reflejándose problemas tan importantes como el suicidio de más de un





millón de personas al año, y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo; niveles alarmantes de dependencia al alcohol, con más de 70 millones de personas afectadas. La carga de morbilidad de estos trastornos ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo - como el nuestro- en los que la depresión mayor sería la primera causa de discapacidad en el año 2020.¹²

En América Latina y el Caribe, la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%). A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha del tratamiento es abrumadora; nos referimos al porcentaje de personas con trastornos mentales que no recibe tratamiento alguno.¹³

Tabla N°2. Prevalencia de algunos trastornos mentales y porcentaje de la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe, 2013.

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)	Brechas de tratamiento (%)
Uso nocivo o dependencia de alcohol	5,7	71,4
Depresión mayor	4,9	58,9
Trastorno de ansiedad	3,4	63,1
Distimia	1,7	58,8
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4	59,9
Psicosis no afectivas	1,0	37,4
Trastorno bipolar	0,8	64,0

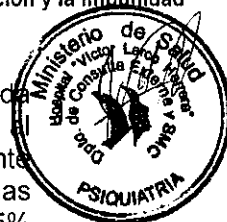
Fuente: OPS. WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE). Washington, D.C. 2013

En el Perú los estudios epidemiológicos han sido realizados por el INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en base a estos estudios se pudo establecer las brechas en salud mental en donde se evidencia que a pesar de los esfuerzos del estado en ampliar la cobertura de atención en salud mental, es limitado. La zona donde se muestra mayor brecha a nivel nacional es Lima Rural Norte con 93.2% y la menor brecha se observa en Chimbote con 71.5%; cifras que están por encima del promedio en Latinoamérica.¹⁴ En la tabla N°3 se observa las brechas de las áreas de intervención de este plan, observándose que las zonas en las cuales las brechas son mayores corresponden al área rural, Sin embargo, el área urbana muestra también altas brechas en salud mental. *Tabla. N°3. Brechas en Salud Mental en las region a acompañar.*¹⁴

ZONA	BRECHA
Lima	75.7%
Lima Rural	89.9 %
Cajamarca	85.4%
Cajamarca Rural	91.4%

Fuente: Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Acceso de la población a la Atención Integral de Salud Mental. 2014





En la ciudad de Lima Metropolitana y Callao, la población que alguna vez en su vida había sufrido de algún trastorno mental es de 26,1% y un 7,9% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta en el 2012. Estos porcentajes son bastante menores a los encontrados en el 2002, en donde el 37,3% de las personas reportaban haber sufrido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y un 23,5% lo presentaba al momento de la encuesta. Los desórdenes mentales más frecuentes fueron el episodio depresivo, los problemas relacionados con el uso de alcohol y trastornos de ansiedad y la potencialidad suicida de 0,1%.¹²

Tabla 4. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao del INSM, 2012 y 2002

	Estudio de Lima Metropolitana y Callao 2012 ¹²	Estudio de Lima Metropolitana y Callao 2002 ¹⁵
Prevalencia de cualquier trastornopsiquiátrico	De vida 26,1% Actual 7,9%	De vida 37,3% Actual 23,5%
Prevalencia de trastorno de ansiedad en general	De vida 10,5% Actual 1,9%	De vida 25,3% Actual 14,6%
Prevalencia de trastorno depresivos en general	De vida 17,5% Actual 2,8%	De vida 19% Actual 6,7%
CIE 10	E. Depresivo 6,2% D. Alcohol 2,5% TAG 0,7% TEPT 0,1% Fobia Social 0,9%	E. Depresivo 9,5% TAG 7,3% Fobia Social 3,7% TEPT 2,8% T. pánico 2%
Indicadores Suicidas	Deseo de morir 4,6% Planes de índole suicida 0,8% Conducta suicida 0,4% Potencialidad suicida 0,1%	Pensamiento de índole suicida 8,5% Conducta suicida 1% Potencialidad suicida 0,6%
Tendencia a la violencia	De vida 22,9%	De vida 30,2%

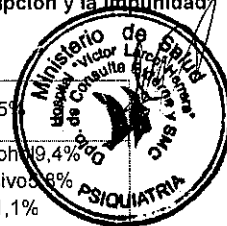
Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM. 2002 y 2012.

En las regiones geográficas, la región de la selva es la que presenta mayor población que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental. Los trastornos de ansiedad en general son mayores en la sierra y los trastornos depresivos predominan en la selva. La prevalencia de abuso o dependencia es mayor en la sierra y selva en comparación con la costa.

Tabla 5. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM por regiones geográficas.

	Sierra 2003 ¹⁶	Selva 2004 ¹⁷	Costa 2006 ¹⁸
Prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico	De vida 37,3% Actual 16,2%	De vida 39,3% Actual 15,4%	De vida 27,4% Actual 12,8%
Prevalencia de trastorno de ansiedad en general	De vida 21,1% Actual 3,5%	De vida 18,3% Actual 3,7%	De vida 9,3% Actual 1,8%
Prevalencia de trastorno depresivos en general	De vida 17% Actual 4,4%	De vida 21,9% Actual 2,5%	De vida 14,2% Actual 1,6%





Prevalencia anual de abuso o dependencia de cualquier sustancia.	10,5%	10,3%	4,5%
CIE 10 (12 meses)	D.Alcohol10% D.Depresivo7,2% TAG 3,2% TEPT1,9% Fobia Social 0,9%	D. Alcohol8,8% D. Depresivo8,2% TAG 2,5% TEPT2,3% Fobia Social 0,6%	D. Alcohol9,4% D. Depresivo8% TAG 1,1% TEPT0,8% Fobia Social 0,7%
Indicadores Suicidas (12meses)	Deseo de morir 12,9% Planes de índole suicida 1,6% Conducta suicida 0,7% Potencialidad suicida 0.4%(actual)	Deseo de morir 11,5% Planes de índole suicida 1,4% Conducta suicida 0,6% Potencialidad suicida 0.4%(actual)	Deseo de morir 8,7% Planes de índole suicida 1,2% Conducta suicida 0,4% Potencialidad suicida 0.4%(actual)
Tendencia a la violencia	De vida 27,5%	De vida 26,5%	De vida 24,7%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM; 2003, 2004, 2005.

Respecto a las áreas en donde se realizará el acompañamiento clínico psicosocial, se observa en la tabla N° 6 que en Lima Rural Norte (Red Huaral-Chancay), según estadística del año 2018 de la Red Huaral-Chancay, es donde se presenta mayor población de atenciones que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental, entre los diagnósticos de alta prevalencia se encuentran los Episodio Depresivo Moderado, trastorno mixto de ansiedad, depresión, y esquizofrenia paranoide.

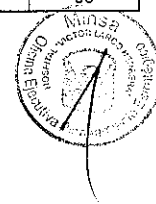
En la tabla N° 7 el Departamento de Cajamarca (Jaén) los tamizajes aplicados durante el año 2017, según informe N°003-2018-GR-CAJ-DISAJ-DG/DESP-DSS, muestra como las prevalencias más elevada el trastorno del consumo del alcohol, tabaco y drogas, así como el trastorno depresivo, violencia familiar y maltrato infantil. En Lima Metropolitana, en lo que corresponde a la Tabla N° 8 para DIRIS CENTRO se nos proporcionó las siguientes estadísticas, el centro de salud de Miraflores, durante el periodo de Enero a Julio 2018 se registraron los siguientes problemas en salud mental en su reporte de actividades en el componente de salud mental y cultura de paz. Los atendidos en el periodo Enero a Julio 2018 señalado son 89, que generaron 261 atenciones acumuladas dentro del componente Salud Mental y Cultura de Paz, siendo en mayor número los problemas de Ansiedad y Violencia Familiar.

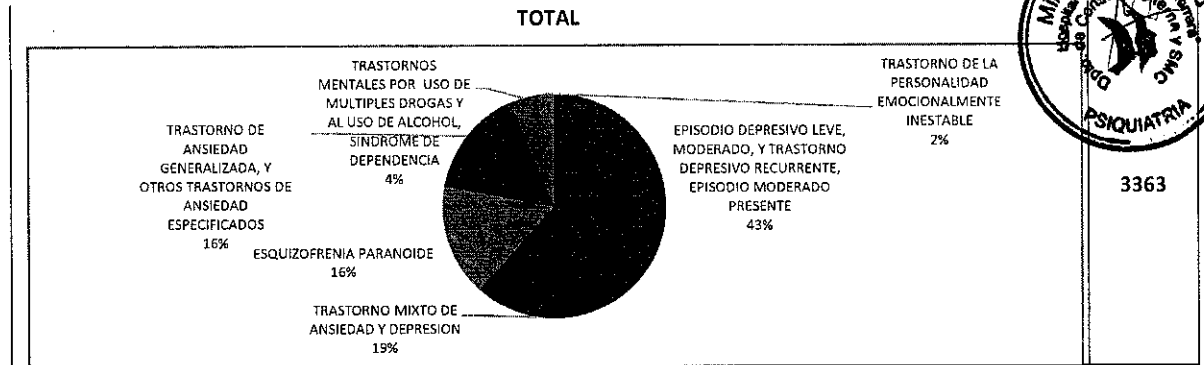
En la Tabla N° 9 el Centro de Salud San Isidro, se presentan las estadísticas correspondientes que brindaron desde el periodo de enero a diciembre del 2018, encontrándose lo siguiente. Como se puede observar en el caso del Centro de Salud San Isidro se atienden en un mayor porcentaje casos de Violencia asociados al abuso psicológico y físico, seguido por depresión.

Es importante mencionar que a la fecha ninguno de estos 2 distritos a donde pertenecen ambos centros de salud de DIRIS CENTRO cuentan con centro de salud mental comunitario.

TABLA 6. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIOTRICOS EN LA RED HUARAL CHANCAY - PSQUIATRIA

MORBILIDAD	TOTAL
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	1031
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	619
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	548
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	435
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	320
EPISODIO DEPRESIVO LEVE	103
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	92
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	78
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS	71
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL, SINDROME DE DEPENDEN	66

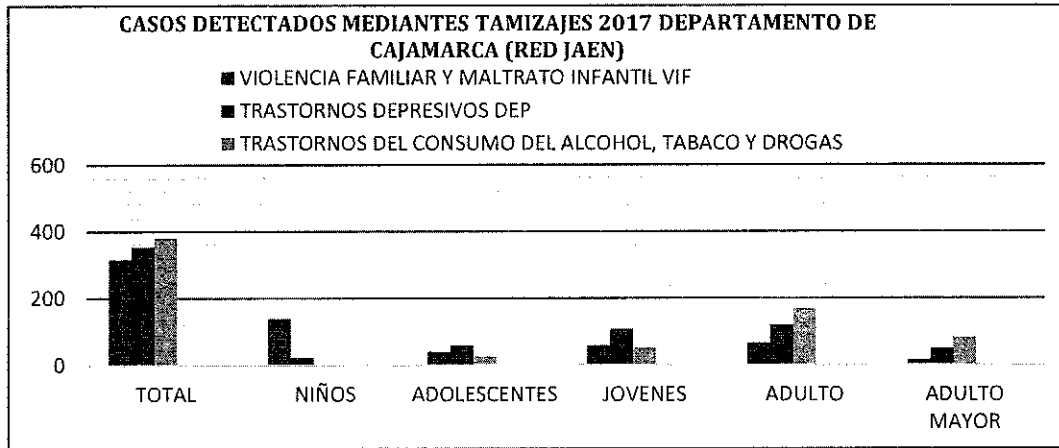




Fuente: Reporte de Coordinadora del Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental

TABLA 7. CASO DETECTADOS MEDIANTE TAMIZAJES DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA (RED JAEN)

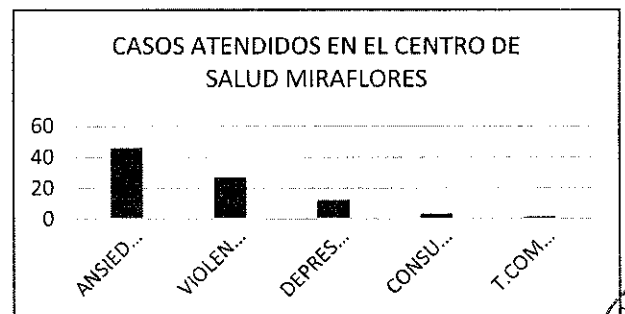
		TOTAL	NIÑOS	ADOLESCENTES	JOVENES	ADULTO	ADULTO MAYOR
TRASTORNOS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	ALC	381	3	26	52	168	83
TRASTORNOS DEPRESIVOS	DEP	354	22	58	107	119	48
VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	VIF	316	138	39	58	66	15



Fuente: informe N°003-2018-GR-CAJ-DISAJ-DG/DESP-DSS

Tabla 8. CASOS ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MIRAFLORES

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	ATENDIDOS	%
ANSIEDAD	46	51,6
VIOLENCIA FAMILIAR	27	30,33
DEPRESION	12	13,48
CONSUMO DE DROGAS	3	3,37
T.COMPORTAMIENTO	1	1,12
TOTAL	89	100%





Fuente: Reporte de actividades Enero –Julio 2018. Componente salud Mental y cultura de paz .Centro de Salud Miraflores.

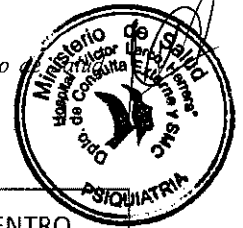
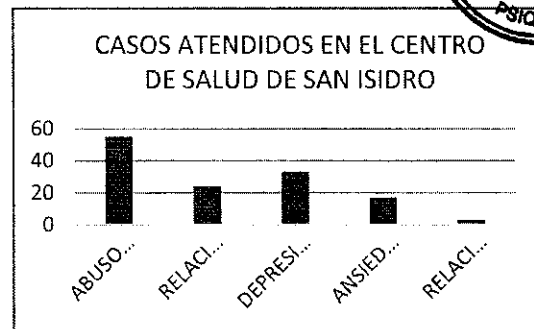


Tabla 9. CASOS ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SAN ISIDRO

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	ATENDIDOS	%
ABUSO PSICOLÓGICO / FÍSICO	55	41.66
RELACIONES CON VIOLENCIA	24	18.18
DEPRESIÓN	33	25
ANSIEDAD	17	12.87
RELACIONADO CON EL ALCOHOL	3	2.27
TOTAL	132	100



Fuente: Reporte de actividades Enero –Diciembre 2018 .Centro de Salud San Isidro.

4.3 Diagnóstico de necesidades de competencias: Identificación de brechas

En cuanto a los conocimientos podemos describir que según el informe de la OPS-OMS13 la capacitación en salud mental en profesionales del pregrado en medicina en América del Sur es bajo; la mediana del porcentaje de dedicación a salud mental es de 3%; estando el Perú en 10%. Casi análogo porcentaje de dedicación sucedió en el pregrado de enfermería, donde la mediana es de 4,5%; estando el Perú en 6%. En cuanto a la actualización del personal médico de atención primaria en salud que ha recibido, al menos dos días de capacitación / actualización en salud mental, en América Latina quien tiene el mejor porcentaje en actualización de salud mental para médicos es Cuba con un 49%, en el otro extremo esta Uruguay con 0%; otros países son Bolivia con 6%, Brasil 5%, Ecuador 13%, Chile 23%, Perú no registra datos. En enfermería las mejores puntuaciones lo tienen Monserrat con 86%, en el otro extremo esta Uruguay y Paraguay con 0%; otros países son Bolivia con 5%, Brasil 10%, Ecuador 17%, lamentablemente el Perú no registra este tipo dedatos.¹³

En 62,5% de los países de América del Sur o bien falta el dato o la información suministrada con respecto a la frecuencia con que los médicos de atención primaria en salud (APS) interactuaron con profesionales de salud mental durante el último año son imprecisos.

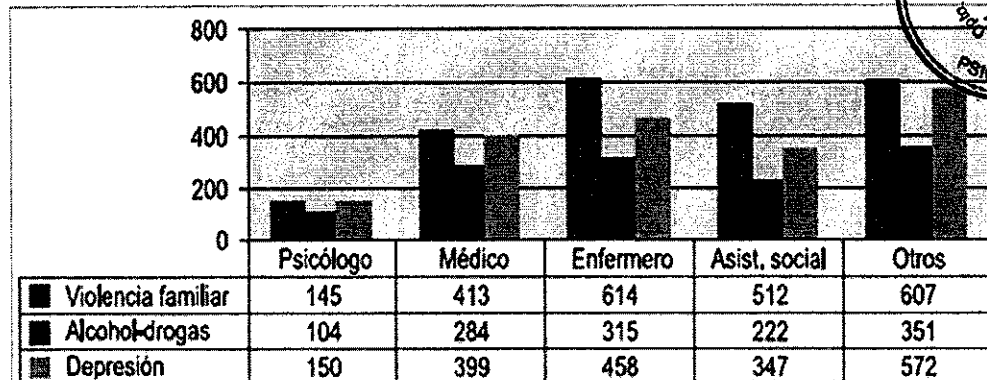
El rol de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es bastante limitado. La capacitación y/o formación (de pre-grado y post-grado) en temas de salud mental que recibe el personal de atención primaria en salud (profesionales médicos, enfermeros, entre otros) es escasa. Como consecuencia la capacidad resolutive es reducida y, en términos generales y con las debidas excepciones, no existen mecanismos consolidados, sistemáticos y viables de referencia ycontra-referencia.¹³

En el Perú la información es escasa, el informe que realizó la OPS en el 2008 sobre capacitación de profesionales en salud mental del MINSA que han recibido por lo menos dos días de capacitación en temas de violencia familiar, alcohol-drogas, depresión, fue un número reducido.²⁰





Gráfico N°1. Capacitación de profesionales en salud mental, 2008



Fuente: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Informe sobre Servicios de Salud Mental del SubSector del Ministerio de Salud del Perú. 2008.

Los profesionales que recibieron capacitación de al menos 2 días en salud mental en el primer nivel de atención en América Latina según la OPS13 es sobre medicamentos psicotrópicos, intervenciones psicosociales y salud mental infantil.

En América del Sur el profesional que recibió más capacitación en medicamentos psicotrópicos fueron los médicos generales con un 27%, estando por encima del promedio de toda América (20%).

En cuanto a intervenciones psicosociales los psiquiatras del primer nivel de atención fueron los que recibieron mayor capacitación (20%), seguido del grupo de psicólogos, trabajadoras sociales y terapia ocupacional (18%), en ambos casos menores que el promedio de toda América.

Finalmente el grupo de profesionales que recibió más capacitación en salud mental infantil fueron los médicos generales (17%), enfermeras (16%), psiquiatras (15%) en ese orden, todos debajo del promedio de toda América.

4.4 Entrenamiento de Facilitadores

A través del entrenamiento de facilitadores se busca promover lo siguiente:

- La mejora de la Salud Mental poblacional mediante el incremento de la calidad de las intervenciones clínicas, psicosociales y de gestión en salud mental, a través del Acompañamiento Clínico Psicosocial a los equipos multidisciplinares de los establecimientos de salud, para la mejora de sus competencias, destrezas, prácticas y el fortalecimiento de su capacidad de respuesta, en el marco del abordaje comunitario. Con la finalidad de brindar una atención de calidad a los usuarios con problemas y trastornos mentales que acceden a establecimientos de salud en las redes de Lima y Regiones.
- Para este fin existen equipos acompañantes especializados, los cuales están conformados por: Médico Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera(o), Trabajador Social.

4.5 Requisitos del Facilitador

- Profesional colegiado, de las carreras de ciencias de la salud, como: Medicina, psicología, enfermería, obstetricia y trabajo social.
- Carta de presentación del director(a) de la red de salud u hospital de origen a la que pertenece, acreditando vínculo laboral vigente y respaldando su participación activa, adjuntando los siguientes documentos:
- Declaración jurada de compromiso a continuar con sus labores





asistenciales en el establecimiento de salud e implementar mejoras a partir de la capacitación recibida.

- Currículum vitae no documentado actualizado.

4.6 Contenidos Temáticos

Capacitación de los profesionales del primer nivel de atención en:

- Sensibilización de la Ley 29889, su Reglamento y normativas actuales vigentes
- Capacitación a acompañantes para la implementación del fortalecimiento de servicios de salud mental en redes
- Gestión de Salud Mental
- Capacitación en la Guía de Diagnóstico e intervención mhGAP 2.0.
- Promoción y prevención de salud mental en el primer nivel de atención
- Psicofármacos en el primer nivel de atención
- Intervenciones psicológicas breves
- Cuidados de enfermería en salud mental en el primer nivel de atención.
- Manejo clínico comunitario en salud mental.

Para efectos de definir los módulos de capacitación en el mhGAP, se tomará en cuenta el perfil epidemiológico y la prevalencia de salud mental por región en la que se va a intervenir.

Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP 2.0 a las siguientes regiones:	Dirigido a:	Contenido de los Módulos	Duración
DIRIS CENTRO	Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de Ansiedad ▪ Trastornos Depresivos ▪ Abuso o Dependencia de Alcohol 	6 sesiones
REGION CAJAMARCA REGION LIMA	Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de Ansiedad ▪ Trastornos Depresivos ▪ Abuso o Dependencia de Alcohol 	5 visitas

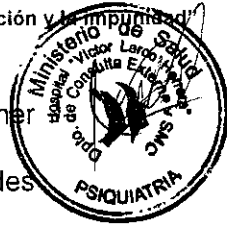
V. Disposiciones Específicas

5.1 De la Metodología del Acompañamiento

Roles y funciones del equipo acompañante:²¹

- Identificar y fortalecer las mejores prácticas de acompañamiento, ejerciendo un rol motivador.
- Brindar asistencia técnica oportuna al equipo facilitador de las redes hospitales de la región de forma periódica.
- Promover la incorporación de las acciones de salud mental en los establecimientos de salud de la Red seleccionada por el equipo facilitador capacitado.
- Promover el uso de mejores prácticas clínicas basadas en evidencias científicas aplicadas a la atención primaria y contexto sociocultural.
- Asesorar al equipo facilitador en la evaluación y seguimiento de casos y discusión de casos clínicos.





- Ingresar información de los procesos de acompañamiento y mantener actualizada la base de datos de forma continua.
- Presentar el plan de acompañamiento e informe mensual de las actividades realizadas.
- Participar activamente en el proceso de autoevaluación, registro de satisfacción del equipo facilitador y usuarios que participan durante el proceso de acompañamiento.

5.2 Actividades a Desarrollar en la Visita de Acompañamiento:

- Acompañamiento para la gestión

Implica las acciones de soporte técnico dirigidas a las autoridades de salud, y coordinadores de salud mental para conducir los procesos de acompañamiento. Se inicia con acciones de incidencia y sensibilización, es continua en los momentos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación. Estas acciones se desarrollarán en forma coordinada con la Dirección de Salud Mental del MINSA, los directivos de la red, microredes, coordinador de salud mental, los equipos locales y el equipo técnico de la UFSMC, procurando la generación de datos / información y la reflexión crítica sobre los mismos en busca de elementos o aprendizajes que conlleven a mejorar el programa.

- Acompañamiento Clínico

Son acciones de asesoría en servicio por profesionales especializados en salud mental a los equipos de salud.

Comprende visitas de equipos interdisciplinarios especializados a cada establecimiento de salud; si es factible se realizará la asesoría o interconsulta virtual y acciones de soporte técnico y emocional a los equipos de salud mental en intervenciones clínicas y comunitarias

a) Asesoría Psiquiatra-Médico General (Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a medicina Ver Anexo 10)

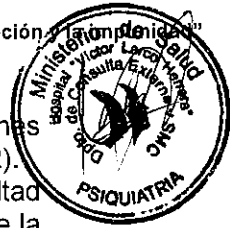
• 1ra. Visita. Evaluación y diagnóstico.

El acompañamiento para médicos del primer nivel de atención se dará previa coordinación e inicio del acompañamiento en el servicio de medicina. Se explicará brevemente que el acompañamiento consiste en brindar reforzamientos de conocimientos que ya poseen y la posibilidad de mejorar la atención para incluir el componente de salud mental en la atención cotidiana en medicina.

Asesoría en Servicio: El psiquiatra facilitador brindará la asesoría en:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental según el esquema, así como su importancia. Para esto el psiquiatra acompañante debe facilitar información previa al médico acompañante para que se familiarice con el tema.
- Al inicio del acompañamiento se solicitará la autorización al usuario, para ser atendido por los tres profesionales, luego que el médico realice la evaluación de rutina, el psiquiatra facilitador que acompaña puede apoyar en la evaluación del examen mental.
- El psiquiatra facilitador realizará la anamnesis, el examen mental, diagnóstico, evolución y primera prescripción a manera de ejemplo, luego el médico acompañado iniciará las evaluaciones a los usuarios siguientes. El facilitador de la red observa y aporta.





- Finalmente el psiquiatra facilitador tomará nota de las observaciones del acompañamiento en la ficha de acompañamiento (Ver Anexo 2).

Retroalimentación: Se realiza el reforzamiento de acuerdo a la dificultad observada en el momento del acompañamiento, según la temática de la visita, absolviendo las dudas, se permitirá que se expresen sus dudas, dificultades y su experiencia.

Indicaciones y acuerdos técnicos: Al finalizar la asesoría se tomarán acuerdos:

- Registrar el examen mental en toda evaluación de usuario nuevo y continuador.
- Entregar el material: Esquema de examen mental (Ver Anexo 5), y Glosario de términos (Ver Anexo 20).
- Se firmará un acta. (Ver Anexo 9)

Registro: Registrar en la historia clínica toda evaluación realizada. Se consignará el diagnóstico mediante el CIE 10 en hoja HIS, y el formato único de atención (FUA) del SIS

- **2da. Visita. Psicoeducación e Introducción de la Guía de Diagnóstico de Intervención mhGAP**

Asesoría en Servicio: El psiquiatra facilitador brindará la asesoría en:

- Se iniciará socializando aspectos teóricos sobre psicoeducación (Salud mental y estigmas en salud mental, Depresión moderada y grave, Autolesión/suicidio, Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol).
- Se desarrollará la asistencia técnica en el uso de la Guía mhGAP.
- Se realizará la asesoría en ACP en pares al médico facilitador de las REDES en psicoeducación de los trastornos mentales más prevalentes. Al inicio el facilitador entrenado brindará la atención al primer usuario, luego el médico acompañado iniciará la psicoeducación a los usuarios siguientes.

Retroalimentación. Se absolverán dudas de acuerdo a la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos: Se entregará la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP

Registro. Se registra en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención, (FUA) del SIS.

- **3ra. Visita. Tratamiento farmacológico y manejo de efectos adversos**

Asesoría en Servicio: El psiquiatra facilitador brindará la asesoría en:

- Se iniciará socializando brevemente aspectos relacionados al uso de psicofármacos.
- Se pondrá énfasis en la evaluación (según el mhGAP) para el tratamiento farmacológico de acuerdo al diagnóstico establecido con un enfoque en atención comunitaria. Consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- Se explorará el manejo de efectos adversos de los psicofármacos indicados (Ver Anexo 6).

Retroalimentación: Se realiza el reforzamiento de acuerdo a la dificultad observada en el momento del acompañamiento, según la temática de la visita, absolviendo las dudas, se permitirá que se expresen sus dudas, dificultades y su experiencia.

Feedback de la sesión anterior.





Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Se implementará el acompañamiento vía virtual a través de las redes sociales, mensajes de texto u otros medios de comunicación.
- Registro:** Registrar en historia clínica y en hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **4ta. Visita. Registro y evolución.**

Asesoría en Servicio: El psiquiatra facilitador brindará la asesoría en:

- Se iniciará reforzando aspectos relacionados en el registro de problemas y trastornos mentales según el CIE 10:
- Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F98).
- Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Z55-Z65).
- Intento de suicidio (T40-T78)
- Síndrome de maltrato (T74)
- Se asesorará en la evolución en casos de salud mental. Esta evolución debe contener como mínimo:
 - Fecha y hora de atención
 - Apreciación subjetiva
 - Apreciación objetiva
 - Verificación de tratamiento
 - Tratamiento y plan de trabajo
 - Firma, sello y colegiatura del médico que brinda la atención.
- Se brindará asesoría en terapia de apoyo para casos en salud mental, orientada a mitigar o eliminar emociones negativas del usuario. Esto incluye 25:
 - Relación médico-paciente.
 - Estimular la verbalización de los sentimientos, necesidades e intereses.
 - Señalamiento continuo de realidad (creación de esperanzas reales).
 - Satisfacer las necesidades del paciente.
 - Combatir el sentimiento de "no puedo" y alentar la autoafirmación.
 - Combatir los falsos conceptos, reasegurando y cortando el circuito vicioso de síntoma-idea-temor.
- Utilización adecuada del ambiente en la atención del usuario con problemas de Salud Mental.

Retroalimentación. Se realiza el reforzamiento de acuerdo a la dificultad observada en el momento del acompañamiento, según la temática de la visita, absolviendo las dudas, se permitirá que se expresen sus dudas, dificultades y su experiencia.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos

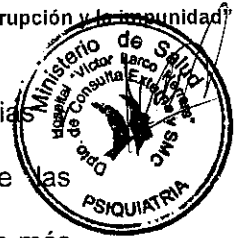
- Se verificará si existe en el servicio de medicina el manual CIE 10 aplicado para salud mental.
- Se entregará material sobre terapia de apoyo con enfoque comunitario.
- Se realizará el acompañamiento vía virtual a través del Skype, mensajes de texto u otros medios de comunicación.

Registro. Registrar en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **5ta Visita. Manejo de interurrencias y emergencias, visita domiciliaria.**

Asesoría en Servicio: El psiquiatra facilitador brindará la asesoría en:





- Se iniciará socializando aspectos teóricos de interurrencias y emergencias psiquiátricas al médico acompañado.
- El médico acompañado preguntará a cada usuario sobre las interurrencias del tratamiento prescrito.
- Se enfatizará en las interurrencias y emergencias psiquiátricas más prevalentes.
- Se instruirá sobre grados de complejidad de los trastornos mentales y su respectiva derivación a un EE.SS. de mayor complejidad para casos que lo ameriten, además se enfatizará en la adherencia de tratamiento.

• **Visitas Domiciliarias:**

Se instruirá sobre la necesidad de realizar visitas domiciliarias a los casos elegidos + acuerdo a la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos

- Se acordará identificar un usuario para la visita domiciliaria.
- Registro (ver Anexo 18)

b) Asesoría de Psicólogo a Psicólogo (Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Psicología: Ver Anexo 14)

• **1era. Visita: Evaluación Psicológica: Anamnesis, examen mental y diagnóstico.**

Asesoría en Servicio: El psicólogo facilitador brindará la asesoría en: La evaluación psicológica comprende un conjunto de procedimientos que permiten realizar un diagnóstico integral de la persona. En el caso de un usuario nuevo los procesos aplicados son los siguientes:

- El Psicólogo acompañante entrevista al usuario y obtiene información para la evaluación, lo hará a manera de modelo para el psicólogo facilitador de la RED y el psicólogo del EESS.
- Posteriormente será él psicólogo facilitador del EESS quien realiza la entrevista con el acompañamiento del psicólogo Acompañante y el facilitador de la RED.
- Aplica el examen mental al usuario.
- Se asiste en el desarrollo de la anamnesis.
- Se consigna el diagnóstico luego de la evolución psicológica
- Se informa al usuario los objetivos de la siguiente sesión y se brinda la próxima cita.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita; brindarán modelos de examen mental (ver Anexo 5), anamnesis (ver Anexo 7) de ser el caso.

Indicaciones y acuerdos técnicos. El servicio de psicología utilizara los modelos de examen mental (Anexo 5), y anamnesis (Anexo 7) para uniformizar procesos.

Registro. Se registra en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **2da. Visita: Evaluación Psicológica: Instrumentos psicológicos y Asistencia Técnica en la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP**

Asesoría en Servicio: Se desarrollará la asistencia técnica de la Guía de intervención mhGAP.

- El psicólogo facilitador brindará la asesoría en:
- Se realizan los siguientes procesos:
 - Se seleccionan los instrumentos psicológicos a emplear según sea el caso (Ver Anexo 11).





- El primer tamizaje será realizado por el psicólogo acompañante, los siguientes los hará el psicólogo acompañado.
 - Se brinda asistencia en la administración de los instrumentos seleccionados; se acompaña todo el proceso de evaluación.
 - Terminada la evaluación, orienta al usuario y le da la próxima cita.
- Asistencia en la calificación de los instrumentos aplicados en la evaluación.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos: Al finalizar la asesoría se dejarán las siguientes indicaciones técnicas:

- El servicio de Psicología del EE.SS. debe establecer los instrumentos psicológicos básicos para la evaluación.
- El facilitador sugiere los instrumentos psicológicos adicionales para la exploración diferencial según sea el caso.

Registro. Se registra en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **3era. Visita: Registro y evolución psicológica; derivación del caso.**
Asesoría en Servicio:

Se registrará en la historia clínica, la información de la atención al usuario y el diagnóstico que se obtiene luego de la evaluación psicológica. Se realizan los siguientes procesos:

- El Psicólogo consigna en la hoja de evolución psicológica las actividades realizadas con el usuario durante su atención: Motivo de consulta, observaciones sobre su conducta, pruebas utilizadas, diagnóstico obtenido de dicha evaluación sesión terapéutica realizada y próximas actividades a realizar para continuar con la intervención terapéutica o realizar la derivación médica oportuna, según sea el caso.
- Se enfatizará sobre la derivación de los casos a medicina según el grado de complejidad.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdo Técnicos. La derivación a medicina tiene que ser inmediata y oportuna con el fin de disminuir el riesgo de daño de los usuarios y brindar una atención efectiva.

Registro. Se registra en historia clínica, Hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **4ta. Visita: Informe psicológico**

Asesoría en Servicio: Está referido al análisis de los datos obtenidos en la evaluación y elaboración de un informe escrito. Se realizan los siguientes procesos:

- A la culminación del procedimiento de evaluación psicológica, el psicólogo acompañado realiza el análisis de los hallazgos encontrados en compañía del psicólogo facilitador.
- Se elaborará el informe escrito (Ver Anexo 12) y colocará una copia en la historia clínica.
- El psicólogo acompañado realizará una entrevista para la entrega del informe para transmitir y contrastar hallazgos.
- Se entregará copia de informe psicológico al usuario si lo solicita,





según normas internas del EESS.

- Explica las recomendaciones sugeridas y plantea la intervención psicológica si fuera el caso.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- El servicio de psicología del EE.SS. utilizará el modelo de informe psicológico (Ver Anexo 12) para uniformizar los procesos.

Registro. Se registra en historia clínica, Hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **5ta. Visita. Elaboración de Plan terapéutico: Intervención terapéutica individual breve.**

Asesoría en Servicio:

Esta referido al fortalecimiento psíquico y emocional del individuo para el afrontamiento de la vida y sus dificultades, en formas más adaptativas y beneficiosas para la consecución de su bienestar personal, familiar, de pareja, social y ocupacional. Se realizan los siguientes procesos:

- Se establece el plan de intervención terapéutica individual breve según sea el caso (Ver Anexo 13).
- En la primera sesión, se le explica los objetivos de la sesión y el tiempo de duración.
- Se desarrolla el procedimiento de intervención, se cita al usuario para las sesiones de intervención individual necesarias.
- A la culminación del procedimiento de intervención individual, habiéndose cumplido los objetivos planteados, el usuario es dado de alta terapéutica.
- En caso de no poder desarrollarse la intervención, al considerarse algún criterio de exclusión, se registra en la hoja de evolución psicológica de la historia clínica.
- Visitas Domiciliarias: Se instruirá sobre la necesidad de realizar visitas domiciliarias a los usuarios previamente seleccionados.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- El servicio de Psicología del EE.SS. debe establecer un modelo único de plan terapéutico para uniformizar los procesos.
- El facilitador brinda el modelo de plan terapéutico.

Registro. Se registra en historia clínica, Hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

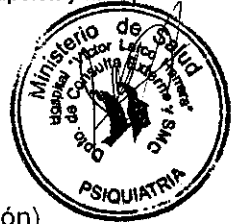
➤ **Elaboración de Plan terapéutico: Intervención grupal**

Asesoría en Servicio:

Esta referido a favorecer el cambio conductual, cognitivo y emocional de los participantes dentro de un contexto grupal a fin de mejorar su salud mental y calidad de vida. Se realizan los siguientes procesos:

- Luego de la entrega del informe psicológico y la aceptación del usuario para recibir la intervención psicológica grupal, el psicólogo acompañante establece el plan de intervención terapéutico para intervención grupal.
- En la primera sesión de intervención psicológica, se le explica los objetivos de la sesión y el tiempo de duración.
- Se desarrolla el procedimiento de intervención grupal, el cual tiene las siguientes características:





- Duración: 60-120 minutos.
- Sesiones: 06 aproximadamente, una sesión por semana
- Número de Participantes: 8 – 15 participantes.
- Etapas:
 - Evaluación de Selección (Criterios de inclusión – exclusión)
 - Entrega de resultados (Ingreso o no a la terapia de grupo).
 - Se plantea otras formas de intervención al no ser admitido.
 - Evaluación de entrada
 - Desarrollo de sesiones de terapia de grupo
 - Evaluación de salida
 - Análisis de resultados y recomendaciones
- Se cita al usuario para las sesiones de intervención grupal necesarias.

Retroalimentación. Se absolverán dudas al respecto de la temática de la visita.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- El servicio de psicología del EE.SS. debe establecer la intervención grupal como una actividad prioritaria dentro de su servicio, debido a que se constituye en una alternativa eficaz que abarca mayor número de beneficiarios.

Registro:

- A la culminación del procedimiento de intervención grupal, habiéndose cumplido los objetivos planteados o de no poder desarrollarse la intervención, al considerarse algún criterio de exclusión; se consigna en la hoja de evolución psicológica de la historia clínica

c) Asesoría de Trabajador (a) Social a Trabajador(a) Social. (Fluxograma ACP y de gestión en salud mental de Trabajo Social: Ver Anexo 15)

• **1ra. Visita. Tamizaje en salud mental.**

Asesoría en servicio:

Detección temprana de problemas de salud mental y problemas psicosociales y uso de los instrumentos de trabajo:

- Se empieza socializando los instrumentos de tamizaje (SRQ-18, VIF), explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental y problemas psicosociales en adolescentes, adultos, adultos mayores que acuden al servicio.
- Se brinda asesoría, en la aplicación de los instrumentos (SRQ- 18, VIF) en el momento de la consulta. Luego se puede realizar una demostración aplicando la primera ficha, explicando que si el caso es positivo debe derivar a medicina para la evaluación médica.

Retroalimentación. Se absolverán dudas al respecto de la temática de la visita.

Registro: Registrar en la hoja de evolución social o seguimiento las interconsultas si fuese el caso y en el HIS los procedimientos realizados con la familia

• **2da. Visita. Examen mental, estudio socio familiar y Asistencia Técnica en la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP**

Asesoría en servicio:

- Se desarrollará la asistencia técnica de la Guía de intervención mhGAP.

Se brindará la siguiente asesoría:





- Iniciaré socializando aspectos relacionados al examen mental (ver Anexo 5).
- La evaluación socio-familiar, diagnóstico y formulación del plan de tratamiento social lo realizará el/la trabajador (a) social acompañada en presencia de la facilitadora.
- En la entrevista para el estudio social del usuario y su familia con problemas de salud mental y/o problemas psicosociales, el objetivo es identificar y atender la problemática social del usuario y de su familia, prestando especial atención a las situaciones de riesgo social para manejo y abordaje de la misma e integración en su medio socio-familiar.
- Se informará, asesorará y orientará al usuario y a su familia, sobre los recursos existentes en su comunidad, facilitando el acceso a los mismos, en el marco del desarrollo de actividades de prevención, promoción, rehabilitación y reinserción social desde una dimensión social y comunitaria. Para ello, se pedirá su autorización para ser atendido en presencia de los tres profesionales.
- Para el estudio socio-familiar hay que tener en cuenta los siguientes indicadores de evaluación:
 - Datos socio demográficos del usuario.
 - Motivo de consulta.
 - Composición familiar.
 - Riesgo social: Factores que inciden en el problema.
 - Red de soporte social: Tipos de apoyo.
 - Dinámica familiar.
 - Elaboración y análisis del genograma.
- Diagnóstico social: descriptivo y uso de los códigos Z del CIE-10.
- Formulación del plan de tratamiento social de acuerdo a la problemática social y necesidades identificadas.

Retroalimentación. Se absolverán las dudas e inquietudes de acuerdo con la temática de la visita. Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos.

- Es importante aplicar la ficha familiar para la evaluación, diagnóstico y tratamiento social.
- Los casos de alto riesgo social prestar atención inmediata con la intervención del equipo básico.
- Se le facilitará la guía de intervención del manual de mhgap

Registro.

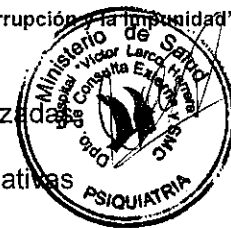
- Se registrará del procedimiento en la hoja de evolución y seguimiento
- Registro HIS Código CPT 99344 y código Z del CIE-10.

• **3era. Visita. Consejería individual y familiar en salud mental.**

Asesoría en servicio:

- Fortalecer la intervención social: La facilitadora brindará la asesoría a la trabajadora social del EESS, en la intervención social que se realizará con los usuarios y familiares en las atenciones de: Consejería en salud mental, visita domiciliaria, actividad psicoeducativa, movilización de la red de soporte familiar, social, comunitario y la intervención en crisis en hospitales.
- Intervención en consejería integral de Salud Mental:
 - Fases de la consejería:
 - o Fase de inicio: Presentación del usuario en el servicio, donde se explora, se clarifica y se definen los objetivos de intervención.





- Fase de proceso del desarrollo: Son las sesiones realizadas según la problemática.
- Fase de cierre: Compromiso del usuario de buscar alternativas de solución a la problemática presentada.
- Técnicas que utiliza en el proceso de la consejería: Están de acuerdo a problemática abordada.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos. Se brindará intervención social a los usuarios, familiares y comunidad con énfasis a salud mental.

Socializar el uso de los instrumentos de trabajo social.

Registro. Se registrará en la historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **4ta. Visita. Visita domiciliaria.**

Asesoría en servicio: En la visita domiciliaria:

La facilitadora brindará asesoría para el desarrollo de la actividad en el domicilio del usuario con el fin de conocer su situación socio familiar (verificar ínsitu aspectos socioeconómicos y la relación entre sus miembros y el entorno), y contribuir a mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar, social, comunitario y seguimiento.

- Estrategia de intervención visita domiciliaria:
 - La trabajadora social se pone en contacto con la familia con el fin de establecer el día de visita. Se tendrá en cuenta la posibilidad de que estén en el domicilio la mayor parte de miembros que conviven.
 - Desde el primer momento es importante establecer buenas relaciones con la familia evitando que se sientan incómodos/as.
 - Escuchar de manera empática y respetuosa a las familias, reconociendo en todo momento sus habilidades y capacidades.
- Para la visita domiciliaria tener en cuenta las tres fases:
 - Fase preparatoria o de planeamiento: El motivo que la genera, objetivo, actividades a desarrollar, organización para la visita.
 - Fase de Ejecución: Acción que permite recoger información a través de la observación y de la entrevista.
 - Fase de Evaluación: Evaluación de la actividad
 - Realizar el informe.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos. Fortalecer la identificación e intervención temprana de los factores de riesgo y determinantes sociales.

Dar a conocer sus propios recursos y los recursos existentes de su comunidad y fomentar la participación.

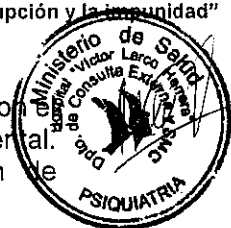
Registro. Se registrará en la historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **5ta Visita: Psicoeducación, uso de redes de apoyo social.**

Asesoría en el servicio:

La facilitadora realizará asesoría y asistencia técnica en psicoeducación y uso de redes de apoyo:





Psicoeducación: Incluirá programas psicoeducativos que rompan con el estigma de los enfermos mentales y temas de salud mental. Asistencia en técnicas y metodología, para la implementación de sesiones psicoeducativas.

- Asesoría en uso de redes sociales: Dar a conocer los recursos existentes en su comunidad, su ubicación, funcionamiento, requisitos de acceso, etc.

Retroalimentación Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita. Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos.

Establecer y facilitar vínculos interinstitucionales, especialmente con actores sociales (gobiernos locales, OMAPED, DEMUNA, CONADIS, Defensoría del usuario, Instituciones educativas, comisaría, fiscalía, Centro de emergencia mujer, parroquias e instituciones privadas, etc.), programas sociales, (pensión 65, vaso de leche, comedores populares, programa vida digna, etc.), SIS, RENIEC, para que brinden apoyo de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Información de referencias y contra referencias de los casos sociales y seguimiento.

Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

d) Asesoría de Enfermera – Enfermera (Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Enfermería: Ver Anexo 16)

• **1era Visita: Tamizaje de salud mental para enfermería. Detección de los problemas de salud mental: servicio de CRED y PCT**

Asesoría en Servicio: La enfermera facilitadora brindará la asesoría en:

- Iniciará socializando los instrumentos de tamizaje (RQC, SRQ- 18, VIF) explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental de los niños y adultos.
- En el caso del consultorio CRED: Los instrumentos de tamizaje se deben aplicar a madres de niños menores de cinco años el SRQ y VIF; en el caso de niños de 5 a 11 años a la madre se le aplica el SRQ y VIF; y al niño el RQC. Los instrumentos serán aplicados en las siguientes situaciones:
 - En el primer contacto con el consultorio CRED.
 - A los niños que se les realice el Plan de Atención Integral PAI, o en su primer control en el año.
 - Los niños que no ganan peso en dos controles seguidos o tienen sobrepeso u otros problemas de salud, a pesar de las orientaciones y cuando el tamizaje VIF es positivo, aplicar a la madre el cuestionario SRQ.
 - Se recomienda aplicar el SRQ 18, porque permite entrar en confianza con la usuaria, luego que se da la apertura aplicar la ficha VIF.
- En el caso del consultorio PCT: Mencionar que los instrumentos de tamizaje deben aplicarse: a todos los usuarios con diagnóstico de Tuberculosis que ingresen por primera vez a la ESN-PCT para su tratamiento; usuarios que sean irregulares; que abandonen el tratamiento; los padres de familia y/o tutores en caso de ser menores de edad; familiares que lleven quimioprofilaxis. Cuando aplicarlo:
 - En la primera entrevista al usuario, detectado su diagnóstico, se aplicará el tamizaje VIF y SRQ si es mayor de edad, y si fuera el caso de un usuario menor de 18 años, se procederá a realizar el





tamizaje de VIF a la madre y el RQC a los niños.

- En la segunda entrevista se preguntará al usuario cómo se sintió durante el tratamiento, si ha tenido dificultades para continuarlo, asimismo, se averiguará como ha estado de ánimo durante los dos meses previos de tratamiento. Si respondiera que no se encuentra bien anímicamente, manifestado de forma verbal o por observación directa se volverá a aplicar el SRQ o RQC de ser el caso, de la misma forma con el VIF.
- En la tercera entrevista al usuario, proceder de la misma manera que en la segunda entrevista.
- Durante las evaluaciones mensuales de enfermería, así como en la supervisión diaria del tratamiento, se tendrá en cuenta las manifestaciones del usuario, el estado anímico de éste entre otros detalles que pueden evidenciar la necesidad de aplicación del tamizaje.
- Para los consultorios CRED y PCT: Mencionar también que todos los casos positivos se les debe brindar orientación y o consejería según lo requiera el caso, se deben también establecer los criterios con la enfermera para el mecanismo de derivación.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Es recomendable primero aplicar el SRQ 18, porque permite entrar en confianza con la usuaria, luego que se da la apertura aplicar la ficha VIF.
- En niños, en el servicio de crecimiento y desarrollo en la primera consulta aplicar el cuestionario VIF y cuestionario RQC (niño de 5 a 11 años), o persona mayor que acompaña al niño/a, para identificar signos y síntomas de interés en salud mental infantil, 2 veces al año, en el control de crecimiento y desarrollo.
- En los niños que no ganan peso en dos controles seguidos o tienen sobrepeso u otros problemas de salud, a pesar de las orientaciones y cuando el tamizaje VIF es positivo, aplicar a la madre el cuestionario SRQ y derivar para su evaluación a medicina.

Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **2da. Visita: Valoración del examen mental, evaluación clínica psicosocial y Asistencia Técnica en la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP**

Asesoría en Servicio: Se desarrollará la asistencia técnica de la Guía de intervención mhGAP.

Se brindará la siguiente asesoría:

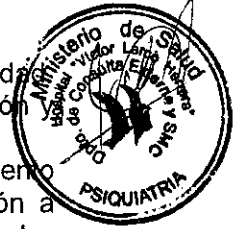
- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental (ver Anexo 5) y su importancia para identificar los diversos signos y síntomas del usuario.
- Para tal fin se le pedirá su autorización al usuario, para ser atendida por los tres profesionales.
- Se atenderá con asesoría del facilitador enfermero a tres usuarios.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Los usuarios con diagnóstico de psicosis, deben tener su tratamiento farmacológico y sus controles periódicos, derivar para las





- intervenciones de rehabilitación al equipo responsable de la actividad.
- En casos de depresión leve, el usuario después de su evaluación diagnóstica médica se deriva a psicología, para psicoterapia.
 - En casos con depresión moderada que deba recibir el tratamiento farmacológico y paralelo su psicoterapia, asegurar la derivación a psicología. Las depresiones severas en crisis, o intento de suicidio los usuarios serán evaluados y serán referidos al nivel de mayor complejidad, para manejo y estabilización; posteriormente serán contra-referidos al establecimiento para continuar su tratamiento.

Registro: Se registrará en historia clínica, hoja HIS y SIS.

• **3ra. Visita: Planes de intervención, consejería en salud mental. Intervención consejería en el servicio de CRED**

Asesoría en el Servicio:

- Explicar que es la consejería en salud mental.
- En caso el tamizaje sea positivo, se comunica al usuario la razón de la derivación y tratamiento oportuno si lo requiere; identificar y responder a las necesidades del usuario, despejando sus temores y dudas.
- En caso el tamizaje sea negativo, de la misma manera se brinda orientación respecto la prevención de factores de riesgo y potenciar los factores protectores en salud mental.
- En todas las etapas es importante la consejería en el manejo de comportamientos típicos en la infancia como: problemas de sueño, alimentación, llanto, berrinches y rabietas, entre otros.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita. Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

Se dejarán las indicaciones técnicas para las referencias o derivaciones al servicio de medicina para su evaluación, el cual solicitará la interconsulta a psicología para la intervención con el usuario y/o familia.

Registro: Registrar en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

Plan de Intervención, consejería en salud mental. Asesoría en Servicio de ESN-PCT

Asesoría en el Servicio:

- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea positivo, se informa sobre la necesidad de evaluación y tratamiento oportuno si el caso lo amerita. Los proveedores de la consejería deben conocer y utilizar técnicas básicas de consejería.
- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea negativo, de la misma manera se brinda orientación respecto la prevención de factores de riesgo y potenciar los factores protectores en salud mental.
- En caso de que reciba tratamiento de la especialidad se brindará consejería para favorecer la adherencia al tratamiento: importancia del tratamiento, administración correcta de fármacos, efectos colaterales.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdos Técnicos: Se dejarán las indicaciones técnicas para las referencias o derivaciones al servicio de medicina para su evaluación, el cual solicitará la interconsulta a psicología para la intervención con el usuario y/o familia.

Registro: Registrar en historia clínica, hoja HIS y el formato único de





atención (FUA) del SIS.

• **4ta. Visita: Intervenciones psicoeducativas servicio CRED**

Asesoría en el Servicio:

Asesoría en Servicio de CRED:

- Se iniciará socializando aspectos relacionados a la psicoeducación en: Estilos de Vida Saludable, habilidades sociales, maltrato infantil, TDAH, Autismo.
- Se explicará la importancia de que los padres o cuidadores cuenten con herramientas en relación a la crianza de los niños a fin de generar las condiciones para que los niños tengan un desarrollo saludable y fortalecerlos emocionalmente; enfatizar que es necesario trabajar considerando las etapas del desarrollo infantil: 0-12 meses, 1 a 3 años y 3 a 5 años.
- Para tal fin, desde el inicio del acompañamiento se le pedirá a la enfermera que para esta fecha cite a familiares agrupándolos según edades de los niños: 0-12 meses, 1 a 3 años y 3 a 5 años.
- La enfermera facilitadora desarrollará el primer tema para lo cual deberá contar con el material respectivo (trípticos).
- Psicoeducación para depresión:
 - Iniciaré socializando aspectos relacionados a depresión.
 - Explicaré la importancia de que los usuarios conozcan aspectos importantes en relación a la depresión y posibilitar la expresión de emociones.
 - Para tal fin, desde el inicio del acompañamiento se le pedirá a la enfermera del servicio que para esta fecha cite a los usuarios con diagnóstico de depresión agrupándolos de 10.
- La enfermera facilitadora desarrollará el siguiente. Tema para lo cual deberá de contar con el material respectivo (trípticos).

Retroalimentación: Se absolverán las dudas e inquietudes en función de la temática de la visita. Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdos Técnicos:

- Todo padre/madre o tutor de niño que ingresa al servicio CRED, deberá recibir el paquete de psicoeducación dependiendo la etapa de desarrollo infantil

Registro: Se registrará en la historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **5ta. Visita: Plan terapéutico, visita domiciliaria, adherencias.**

Asesoría en el Servicio:

- Brindará asesoría para adherencia del tratamiento, administración de fármacos, según el trastorno o patología diagnosticada. Así también, establecer el lugar de almacenamiento, horarios y/o asistir de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Visita Domiciliaria: Iniciaré socializando el instrumento de visita domiciliaria, explicando la importancia de conocer el medio natural donde vive el usuario, los factores que favorecen o impiden el cumplimiento del tratamiento (farmacológico/psicosocial) y la identificación de necesidades o problemas de la familia.

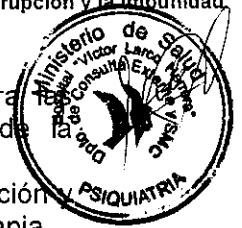
Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes al respecto de la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdos Técnicos

- Los usuarios con diagnóstico de psicosis, deben tener su tratamiento





farmacológico y controles periodos, derivar a psicología para intervenciones de rehabilitación o al equipo responsable de actividad.

- En casos de depresión leve, el usuario después de su evaluación y diagnóstico médico se deriva a Psicología, para recibir psicoterapia.
- En casos de la depresión moderada debe recibir el tratamiento farmacológico y psicoterapia, para lo cual se derivará a psicología.
- Las depresiones severas en crisis, o intento de suicidio, los usuarios serán evaluados y posteriormente referidos al nivel de mayor complejidad, para manejo y estabilización; luego serán contrarreferidos al establecimiento para continuar su tratamiento.
- Ordenar las visitas domiciliarias de acuerdo con el nivel de riesgo, a realizarse por el equipo básico de salud: enfermera, obstetra y psicólogo.

Registro. Se registrará en la historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

e) Asesoría Profesional en Salud Mental-Obstetra (Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Obstetricia: Ver Anexo 17)

• **1era. Visita: Tamizaje en salud mental en gestante.**

Asesoría en el Servicio

- Iniciar socializando los instrumentos de tamizaje (RQC, SRQ-18, VIF), explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental.
- Brindar asesoría, en la aplicación de estos instrumentos en el momento de la consulta, puede realizar un modelado aplicando la primera ficha y la consejería.

Retroalimentación Se absolverán dudas e inquietudes de acuerdo a la temática de la visita.

Indicaciones y Acuerdo Técnico.

Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **2da. Visita: Examen Mental en Gestante y Asistencia Técnica en la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP**

Asesoría en el Servicio

- Se desarrollará la asistencia técnica en la Guía de intervención mhGAP.
- Iniciar socializando aspectos relacionados al examen mental. Y su importancia en la identificación de los signos y síntomas que presenta el usuario.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes de acuerdo a la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

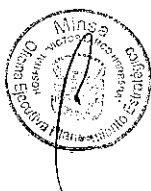
Indicaciones y Acuerdo Técnicos

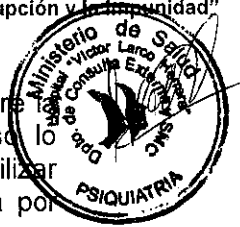
Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **3ra. Visita: Consejería en Salud Mental**

Asesoría en el Servicio

Para tal fin se le pedirá su autorización al usuario, para ser atendido por los tres profesionales, el facilitador, la obstetra de la RED y la obstetra del EESS abordará según hallazgos:





- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea positivo, se informa sobre la necesidad de la evaluación y tratamiento oportuno si el caso lo amerita. Los proveedores de la consejería deben conocer y utilizar técnicas básicas de consejería. Si el/la obstetra es asesorada por primera vez, atenderá 3 usuarios con la asesoría del facilitador.
- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea negativo, de la misma manera se brinda orientación respecto la prevención de factores de riesgo y potenciar los factores protectores en salud mental.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes de acuerdo con la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdo Técnicos

Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

• **4ta. Visita: Derivación de caso; Psicoeducación**

Asesoría en el Servicio: El facilitador brindará orientación:

- Si el tamizaje resulta positivo tendrá que ser derivado al servicio de medicina, para que el médico evalúe el caso.
- Si durante la realización del examen mental (ver Anexo 5) se encuentra alguna alteración en la gestante, se hará la respectiva derivación al servicio de medicina.
- Se brindará psicoeducación en temas de salud mental relacionados a la gestante.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes de acuerdo a la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdo Técnicos

Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS

• **5ta. Visita: Visita Domiciliaria; Adherencia**

Asesoría en el Servicio

- Visita Domiciliaria: Iniciaré socializando el instrumento de visita domiciliaria (ver Anexo 18), explicando la importancia de conocer el medio natural donde vive el usuario, los factores que favorecen o impiden el cumplimiento del tratamiento (farmacológico/psicosocial) y la identificación de necesidades o problemas de la familia.
- Se brindará asesoría para adherencia del tratamiento, administración de fármacos, lugar de almacenamiento, horarios y/o demostrar de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Adherencia: En caso exista una gestante que reciba tratamiento se brindará consejería para favorecer la adherencia al tratamiento: importancia del tratamiento, administración correcta de fármacos, efectos colaterales.

Retroalimentación. Se absolverán dudas e inquietudes de acuerdo a la temática de la visita.

Feedback de la sesión anterior.

Indicaciones y Acuerdo Técnicos

- Realizar la visita domiciliaria a las gestantes que resulten con tamizaje positivo, han sido evaluadas e iniciado tratamiento o no cumple con tratamiento indicado y después de recibir consejería persiste.
- Casos de usuarios con diagnóstico de trastorno mental que no cumplen con las indicaciones terapéuticas.





Registro. Se registrará en historia clínica, hoja HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.

5.3 Descripción de procesos

Procesos iniciales para la elaboración y ejecución del presente plan de acompañamiento clínico psicosocial:

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE
1	Elaboración de plan de acompañamiento clínico psicosocial dirigido a los EESS priorizados de Lima	Reunión	01	Unidad Funcional Salud Mental Comunitaria
2	Revisión del instrumentos del acompañamiento: • Ficha de acompañamiento	Instrumentos	01	Unidad Funcional Salud Mental Comunitaria
3	Presentación del plan de acompañamiento clínico psicosocial para RD emitida por el Hospital "Víctor Larco Herrera"	Plan aprobado con RD	01	Unidad Funcional Salud Mental Comunitaria

➤ Objetivo Específico1:

Sensibilizar a los gestores de la DIRESA, RED y Hospitales de la Región

A nivel de los EE.SS en Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	Nro de intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Reunión técnica con las autoridades de Minsa, redes y microredes	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	2	2	-	-	-
2	Reuniones periódicas con jefe de EESS priorizados	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	3	-	1	1	1
3	Asesoría al coordinador de salud mental de la red	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	2	-	1	1	-
4	Reunión de gestión con el Jefe del EE.SS. para incluir las actividades de Salud Mental en su Plan Operativo Anual (POA) y visita a los diferentes servicios del EE.SS.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	-	1	-

A nivel de Regiones





N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3 era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Reunión técnica con las autoridades de Minsa, redes y microredes	Reunión	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	X	X	X	X	X
2	Reuniones periódicas con jefe de EESS priorizados	Reunión	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	X	X	X	X	X
3	Asesoría al coordinador de salud mental de la red	Reunión	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	X	X	X	X	X
4	Reunión de gestión con el Jefe del EE.SS. para incluir las actividades de Salud Mental en su Plan Operativo Anual (POA) y visita a los diferentes servicios del EE.SS.	Reunión	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	X	X	X	X	X





Objetivo Especifico 2:

Sensibilizar al equipo facilitador de la Región acerca de la necesidad de fortalecer la Salud Mental

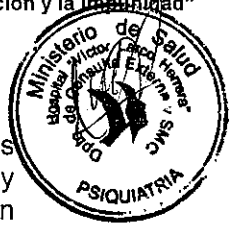
A Nivel EE.SS. en Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	Nro de intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Sensibilización y socialización del reglamento de Ley 29889, Ley que modifica el artículo N°11 de la Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.	N° de persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	1	-	-
2	Sensibilización con respecto a la estrategia del ACP y de Gestión en busca de la adecuada implementación de la estrategia de salud mental en los EESS de primer nivel de atención y hospitales	N° de persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	1	-	-
3	Capacitación en la transferencia metodológica, instrumental y conceptual del entrenamiento en el Acompañamiento Clínico Psicosocial y de Gestión a facilitadores	N° de persona Capacitadas	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	1	-	1	-	-

A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3 era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Sensibilización y socialización del reglamento de Ley 29889, Ley que modifica el artículo N°11 de la Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.	N° de persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			
2	Sensibilización con respecto a la estrategia del ACP y de Gestión en busca de la adecuada implementación de la estrategia de salud mental en los EESS de primer nivel de atención y hospitales	N° de persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			
3	Capacitación en la transferencia metodológica, instrumental y conceptual del entrenamiento en el Acompañamiento Clínico Psicosocial y de Gestión a facilitadores	N° de persona Capacitadas	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			



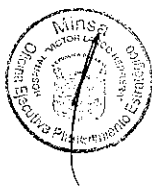


Objetivo Específico 3:

Potencializar las habilidades y capacidades del equipo facilitador en las diferentes estrategias y formas de intervención para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, a través de diversas actividades de capacitación siguiendo un enfoque comunitario y siguiendo las normativas vigentes en salud mental.

A nivel de EE.SS. de Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	Nro intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Capacitación en estigmas de salud mental, detección y abordaje de violencia intrafamiliar, habilidades sociales. Uso de Guías de intervención mhGAP. Manuales de habilidades sociales y familias Fuertes.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	8	-	2	5	1
2	Capacitación continúa mediante la asesoría técnica en acompañamiento por pares en la detección, evaluación, atención, tratamiento y rehabilitación de usuarios con problemas psicosociales y trastornos mentales.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	30	-	10	10	10
3	Asesoría técnica en acompañamiento para el adecuado desarrollo de las visitas domiciliarias de usuarios con problemas psicosociales y trastornos mentales.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	4	-	2	2	-
4	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas Psicosociales prevalentes.	N° de equipos capacitados facilitadores casos	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	3	-	1	2	-
5	Asistencia técnica para el adecuado registro clínico y epidemiológico	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	2	-	2	1	-
6	Asistencia técnica para el adecuado registro estadístico HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	2	-	2	-	-

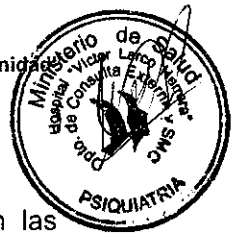




A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3 era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Capacitación en estigmas de salud mental, detección y abordaje de violencia intrafamiliar, habilidades sociales. Uso de Guías de intervención mhGAP. Manuales de habilidades sociales y familias Fuertes.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X			
2	Capacitación continua mediante la asesoría técnica en acompañamiento por pares en la detección, evaluación, atención, tratamiento y rehabilitación de usuarios con problemas psicosociales y trastornos mentales.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X		X	X	X
3	Asesoría técnica en acompañamiento para el adecuado desarrollo de las visitas domiciliarias de usuarios con problemas psicosociales y trastornos mentales.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH				X	X
4	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas Psicosociales prevalentes.	N° de equipos capacitados facilitadores casos	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X	X	X	X
5	Asistencia técnica para el adecuado registro clínico y epidemiológico	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH			X	X	X
6	Asistencia técnica para el adecuado registro estadístico HIS y el formato único de atención (FUA) del SIS.	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X	X	X	X





Objetivo Específico 4:

Facilitar diferentes estrategias al equipo facilitador para optimizar el manejo en las intervenciones clínicas, psicosociales, gestión, con enfoque comunitario a través de las visitas de acompañamiento.

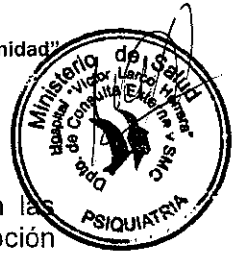
A nivel de EE.SS. de Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	Nro intervenciones	CRONOGRAMA TRIMESTRAL			
					I	II	III	IV
1	Reuniones con jefes de EESS.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	6	-	4	2	-
2	Asesoría al coordinador de salud mental.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	6	-	4	2	-
3	Asistencia técnica para la atención integral en salud mental, abordando los problemas psicosociales y trastorno mental en cada etapa de vida y de las actividades preventivo promocionales.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	8	-	4	2	2
4	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas psicosociales prevalentes	N° de casos	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	3	-	1	2	-
5	Revisión de registro clínico de casos de salud mental y problemas psicosociales.	Acta	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	4	-	2	-	2
6	Asistencia técnica para el adecuado registro estadístico HIS/ llenado de Formato único de atención (SIS)	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	2	-	2	-	-

A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3 era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Reuniones con jefes de EESS.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X
2	Asesoría al coordinador de salud mental.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X
3	Asistencia técnica para la atención integral en salud mental, abordando los problemas psicosociales y trastorno mental en cada etapa de vida y de las actividades preventivo promocionales.	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X
4	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas psicosociales prevalentes	N° de casos	Equipo técnico de UFSMC-HVLH			X	X	X
5	Revisión de registro clínico de casos de salud mental y problemas psicosociales.	Acta	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X	X	X	X
6	Asistencia técnica para el adecuado registro estadístico HIS/ llenado de Formato único de atención (SIS)	Reunión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X	X	X	X





Objetivo Específico 5:

Establecer la aplicación en la prestación de servicios de salud de Telesalud en las acciones de gestión, capacitación, educación y consulta con la finalidad de la promoción global de la salud, control de la enfermedad y apoyo en urgencias.

A nivel de EE.SS de Lima

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	Nro de intervenciones	CRONOGRAMA			
					I	II	III	IV
1	Capacitación y socialización de TELESALUD, como servicio de salud basado en la tecnología de la información y comunicaciones.	Evento de capacitación	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	1	-	-	1	-
2	Participación del equipo en las capacitaciones de TELESALUD.	Evento de capacitación	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	1	-	-	1	-
3	Asesoría técnica en el desarrollo de TELESALUD para su implementación en es EE.SS.	N° Persona capacitada	Equipo técnico de UFSCM-HVLH	1	-	-	1	-

A nivel de Regiones

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3 era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Capacitación y socialización de TELESALUD, como servicio de salud basado en la tecnología de la información y comunicaciones.	Evento de capacitación	Equipo técnico de UFSCM-HVLH				X	
2	Participación del equipo en las capacitaciones de TELESALUD.	Evento de capacitación	Equipo técnico de UFSCM-HVLH				X	
3	Asesoría técnica en el desarrollo de TELESALUD para su implementación en es EE.SS.	N° Persona capacitada	Equipo técnico de UFSCM-HVLH				X	

54 Recursos Necesarios

5.4 Recursos Humanos

RRHH	Cantidad de Profesionales
Psiquiatra	03
Psicólogo	03
Trabajadora Social	03
Enfermero	03





5.5 Recursos Materiales

Recursos materiales	Tipo de recurso
Material de impresión	<ul style="list-style-type: none"> • Guías del mhGAP • Guías de registro de codificación HIS • Trípticos • Fichas de tamizaje • Encuestas • Reglamento de ley 29889 • Impresiones en general.
Papelería en general	Hojas bond, cartulinas, paleógrafos.
Equipo Mobiliario	Escritorios, archiveros, sillas, pizarra acrílica
Otros	Casacas, lapiceros, USB, plumones de pizarra, cinta adhesiva transparente, cinta masking tape, engrapador, tijera, folders, banners, archivador de cartón, chinchas metálicos, folders.

5.6 Servicios

Viático,
Pasajes Aéreos,
Pasajes terrestres locales,
Internet, teléfono.

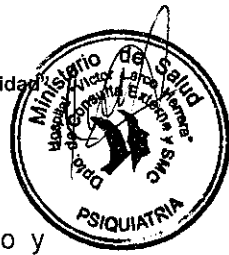
5.7 Presupuesto

SERVICIOS	UNIDAD	Cantidad	Costo por unidad	Costo Total
VIATICOS	Servicios	20	1200	S/ 24,000.00
Pasaje Aéreo	Servicios	20	576	S/ 11,500.00
Seguro Personales	Servicios	20	67.75	S/ 1,350.00

VIATICOS	Servicios	20	1200	S/ 24,000.00
Pasaje Terrestre	Servicios	20	30	S/ 600.00
Seguro Personales	Servicios	20	67.75	S/ 1,350.00

Guía mhGAP 2.0	Impresión	500		S/ 17,500.00
Trípticos	Impresión	3000		S/ 4,500.00
Útiles de Escritorio				S/ 1,200.00
TOTAL				S/ 86,000.00





5.8 Monitoreo y evaluación

Es el procedimiento mediante el cual se realizará el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados, el grado de cumplimiento de las metas.

El análisis incluirá el grado de cumplimiento de las actividades con la calidad de los procesos desarrollados, asociados al nivel de logro en relación con el objetivo, resultados esperados previstos y los presupuestos ejecutados. Se incorporará también en el análisis, las barreras y nudos críticos identificados, así como las fortalezas y factores de relevancia alcanzados e indicadores para convertir las acciones realizadas en buenas prácticas de salud mental.

Para el monitoreo y evaluación del Plan se utilizarán los indicadores de estructura, proceso y resultado, así tenemos:

Indicador de Estructura

- 5.8.1 Porcentaje del presupuesto recibido del solicitado
- 5.8.2 Porcentaje de presupuesto ejecutado del asignado
- 5.8.3 Porcentaje de disponibilidad de recursos humanos por especialidad
- 5.8.4 Porcentaje de recursos tecnológicos recibidos de los solicitados

Indicador Proceso

Se considerarán los siguientes indicadores de evaluación:

- 5.8.5 N° de establecimientos acompañados presencial y virtualmente.
- 5.8.6 N° de casos supervisados (registro y seguimiento).
- 5.8.7 Nivel de satisfacción global del equipo acompañado (reporte mensual).
- 5.8.8 N° y tipo de profesionales participantes en el acompañamiento por establecimiento (registro)
- 5.8.9 Continuidad del equipo acompañante en establecimiento priorizado (informes)
- 5.8.10 Nivel de satisfacción del usuario – caso acompañado colaborativamente – (ficha de satisfacción del usuario)
- 5.8.11 Frecuencia periódica de acompañamiento por equipo interdisciplinario (al menos 1v/mes presencial-2v/mes) (registro de asistencia).

Indicador Resultado

- 5.8.11.1 Porcentaje de profesionales certificados con competencias
- 5.8.11.2 Cantidad de equipos de facilitadores conformados y certificados
- 5.8.11.3 Tasa de diagnósticos registrados en salud mental de la zona intervenida.

VI RESPONSABILIDADES

A nivel Nacional:

- Hospital Víctor Larco Herrera: Equipo Técnico de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.

A nivel Regional:

- Diresas o Geresas, DRS y redes

A nivel Local:

- Microredes



VII ANEXOS



Anexo 1:

PROGRAMA OFICIAL DEL DESARROLLO DEL PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS 2019

A Nivel de EESS Lima Metropolitana

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCENTRALIZADO	EESS	TRIMESTRES DEL AÑO 2019			
			I	II	III	IV
LIMA	DIRIS LIMA CENTRO	C.S San Isidro	El desarrollo de las actividades se realizará de FEBRERO a NOVIEMBRE en coordinación con cada centro de salud.			
		C.S Miraflores				

Fuente: UFSMC-HVLH

A Nivel de Regiones

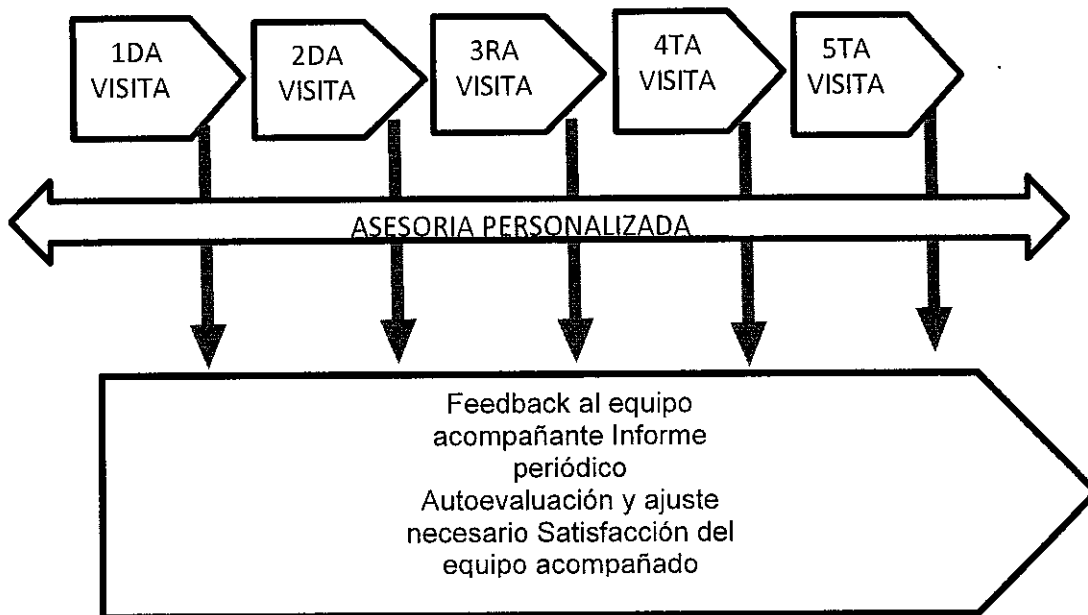
DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCENTRALIZADO	EESS	1er Visita	2da Visita	3er Visita	4to Visita	5ta Visita
CAJAMARCA Y/O LIMA	REGION CAJAMARCA	RED JAEN	junio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
	REGION LIMA	RED DE SALUD HUARAL CHANCAY	junio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre





Anexo 2:

FLUXOGRAMA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO





Anexo 3:

FICHA DE ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO PSICOSOCIAL

FECHA DE VISITA:		N° DE VISITA: _____	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			NIVEL:
MICRORRED:	RED DE SALUD:	DIRESA:	
NOMBRE DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO:			
NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA RED DE SALUD:			
NOMBRE DEL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD:			
NOMBRE DEL EQUIPO TÉCNICO ESPECIALIZADO ACOMPAÑANTE			

I. GESTIÓN

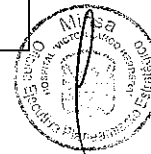
- SI: Cuando es afirmativa y observa el medio de verificación.
- NO: Cuando la respuesta es negativa y no hay medio de verificación.
- P: Cuando la actividad está en forma parcial o incompleta.

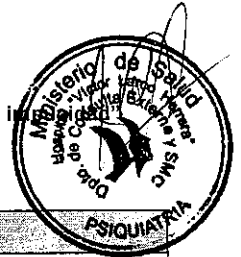
N°	PROCESOS CLAVES	NO	P	SI	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
1.1	ORGANIZACIÓN					
1	Incluye en el plan operativo anual u otro plan del establecimiento, actividades de salud mental con la participación interdisciplinaria del equipo de salud.					
2	Cuenta con los documentos técnicos – normativos que sustenten la atención del usuario en salud mental.					
3	Gestiona y distribuye formalmente los materiales para la prestación de servicios de salud mental.					
4	Cuenta el establecimiento de salud con ambientes apropiados para la atención en salud mental.					
5	Propone y designa el personal a capacitarse en coordinación con la microrred o red, realiza el seguimiento de la réplica.					
6	Realiza evaluaciones de indicadores de salud mental del plan operativo anual de acuerdo a lo establecido en la directiva del presupuesto por resultados 0131.					
7	Realiza seguimiento mensual sobre el indicador de salud mental en el plan de salud escolar u otros.					
8	Cuenta con equipo interdisciplinario de salud mental designado formalmente.					
TOTAL						





1.2 MEDICAMENTOS					
9	Realiza estrategias para la mejora en el manejo de psicofármacos en todo su ámbito.				
10	Elabora la programación y requerimiento de los psicofármacos de acuerdo al petitorio nacional.				
11	Supervisa mensualmente el movimiento, almacenamiento y dispensación de psicofármacos en el establecimiento de salud.				
12	Participa en las reuniones del comité farmacológico del establecimiento de salud para coordinar el abastecimiento oportuno de psicofármacos.				
13	Realiza la notificación de reacciones adversas a medicamentos respecto a los psicofármacos.				
14	Cuenta el establecimiento de salud con los siguientes psicofármacos:				
	Amitriptilina 25 mg. (tab.)				
	Fluoxetina 20 mg. (cap.)				
	Sertralina 50 mg. (tab.)				
	Haloperidol 5 mg (amp.)				
	Risperidona 2 mg. (tab.)				
	Alprazolam 0.5 mg (tab.)				
	Clonazepam 2 mg. (tab.)				
	Diazepam 10 mg (tab.)				
	Diazepam 5 mg (amp.)				
	Carbamazepina 200 mg (tab.)				
	Valproato de sodio 500 mg (tab.)				
	Biperideno 2 mg. (tab.)				
	Biperideno 5 mg. (amp.)				
	Otros				
TOTAL					
1.3 ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD					
15	Capacita al personal de salud sobre los códigos de la prestación en salud mental cobaturados por el SIS.				
16	Evalúa periódicamente la cobertura de la atención en salud mental a beneficiarios financiados por el SIS.				
17	Realiza el control de calidad del registro estadístico de la prestación en salud mental por el SIS.				
18	Realiza el control de calidad del registro estadístico de la prestación en salud mental por el SIS.				
TOTAL					





1.4 SISTEMA DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA					
19	Capacita al personal de salud en base al "Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa 2016" del sistema de Información HIS en salud mental.				
20	Cuenta con datos estadísticos de atendidos y atenciones en salud mental del último trimestre.				
21	Realiza control de calidad del registro estadístico e informa al coordinador de salud mental.				
TOTAL					
1.5 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
22	Realiza el registro e informes del sistema de referencia y contrareferencia en salud mental de su ámbito.				
23	Cuenta con un plan de referencia de urgencias/emergencias psiquiátricas, tomando en cuenta las normas y guías vigentes.				
24	Realiza monitoreo y seguimiento de la referencia y contrareferencia en el ámbito de su jurisdicción según nivel de complejidad.				
TOTAL					
TOTAL GLOBAL DE IMPLEMENTACIÓN EN GESTIÓN					

II. CLÍNICO:

SI: Cuando es afirmativa y observa el medio de verificación. NO: Cuando la respuesta es negativa y no hay medio de verificación.

P: Cuando la actividad está en forma parcial o incompleta.

N	SERVICIO	NO	P	SI	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
2.1 MEDICINA						
PROCEDIMENTAL						
25	Verifica o realiza SRQ, SDQ, VIF y adjunta en la historia clínica.					
26	Incluye el examen mental en la evaluación integral de salud.					
27	Realiza la impresión diagnóstica en salud mental y un plan terapéutico.					
28	Elabora la prescripción farmacológica.					
29	Determina el seguimiento o control al usuario.					
30	Realiza psicoeducación al usuario.					
31	Consigna en la historia clínica los datos de la evaluación, diagnóstico e intervenciones en salud mental.					
32	Registra las actividades en el HIS.					
33	Realiza el FUA consignando códigos de prestación del SIS.					
34	Elabora la derivación o referencia de forma oportuna.					





ACTITUDINAL						
35	Cumple durante el proceso de atención con los criterios comunicacionales adecuados.					
TOTAL						
2.2	PSICOLOGÍA					
PROCEDIMENTAL						
36	Realiza el examen mental.					
37	Realiza la anamnesis psicológica.					
38	Utiliza instrumentos psicológicos para la evaluación y elabora el informe.					
39	Realiza el diagnóstico o impresión diagnóstica.					
40	Elabora el plan de intervención psicoterapéutica: Intervención individual y/o familiar.					
41	Realiza la derivación, interconsulta o referencia.					
42	Realiza seguimiento: Próxima cita o visita domiciliaria.					
43	Realiza la orientación al usuario.					
44	Consigna en la historia clínica el examen mental, impresión diagnóstica y las intervenciones realizadas.					
45	Realiza y adjunta el informe psicológico en la historia clínica.					
46	Registra las actividades en el HIS.					
47	Realiza el FUA consignando códigos de prestación del SIS.					
ACTITUDINAL						
48	Cumple durante el proceso de atención con los criterios comunicacionales adecuados.					
TOTAL						
2.3	ENFERMERÍA					
PROCEDIMENTAL						
49	Aplica tamizajes SRQ, SDQ, VIF y adjunta en la historia clínica.					
50	Incluye en la evaluación integral de enfermería el examen mental breve.					
51	Realiza el diagnóstico de enfermería.					
52	Elabora el plan de intervención y seguimiento.					
53	Realiza la consejería individual o familiar en salud mental.					
54	Realiza terapia de grupo y psicoeducación.					
55	Realiza visita familiar integral.					
56	Efectúa la derivación oportuna.					
57	Consigna en la historia clínica los datos de la evaluación, tamizaje e intervenciones realizadas.					
58	Registra las actividades en el HIS.					
59	Realiza el FUA consignando códigos de prestación del SIS.					





ACTITUDINAL					
60	Cumple durante el proceso de atención con los criterios comunicacionales adecuados.				
TOTAL					
2.4 OBSTETRICIA					
PROCEDIMENTAL					
61	Aplica tamizajes SRQ, VIF y adjunta en la historia clínica.				
62	Realiza el examen mental breve.				
63	Realiza la impresión diagnóstica.				
64	Elabora plan de intervención o seguimiento.				
65	Realiza la orientación y consejería en salud mental al usuario.				
66	Efectúa la derivación oportuna.				
67	Consigna en la historia clínica los datos de la evaluación, tamizaje e intervenciones realizadas.				
68	Registra las actividades realizadas en el HIS.				
69	Realiza el FUA consignando códigos de prestación del SIS.				
ACTITUDINAL					
70	Cumple durante el proceso de atención con los criterios comunicacionales adecuados.				
TOTAL					
2.5 TRABAJO SOCIAL					
PROCEDIMENTAL					
71	Aplica tamizajes SRQ, VIF y adjunta en la historia clínica.				
72	Realiza la evaluación socio familiar.				
73	Realiza el diagnóstico socio familiar.				
74	Elabora el plan de intervención o seguimiento socio familiar.				
75	Realiza la orientación y consejería en salud mental al usuario.				
76	Efectúa la derivación oportuna.				
77	Realiza la visita familiar.				
78	Realiza trabajo de grupo y psicoeducación.				
79	Consigna en la historia clínica los datos de la evaluación, tamizaje e intervenciones realizadas.				
80	Realiza el FUA consignando códigos de prestación del SIS.				
81	Registra las actividades en el HIS.				
ACTITUDINAL					
82	Cumple durante el proceso de atención con los criterios comunicacionales adecuados.				
TOTAL					





III. PSICOSOCIAL

SI: Cuando es afirmativa y observa el medio de verificación.

NO: Cuando la respuesta es negativa y no hay medio de verificación.

P: Cuando la actividad está en forma parcial o incompleta.

N°	SERVICIO	NO	P	SI	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
3.1	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN					
83	Cuenta con red de agentes comunitarios de salud, capacitados en temas de salud mental que promueven acciones de promoción en salud mental.					
84	Elabora y efectiviza el plan de implementación de vigilancia comunitaria en salud mental.					
85	Cuenta con junta vecinal comunal capacitada que promueve acciones de promoción de la salud mental.					
86	Cuenta con personal capacitado en familias fuertes y habilidades sociales.					
87	Implementa el programa de prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: Amor y límites.					
88	Cuenta con instituciones educativas capacitadas en habilidades sociales.					
89	Implementa programa de entrenamiento en habilidades sociales para niños de 8 a 11 años.					
90	Implementa programa de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes.					
91	Implementa el programa de familias saludables.					
92	Incorpora el tema de salud mental en los espacios de concertación multisectorial o intersectorial.					
93	Realiza actividades de movilización social (ferias, campañas u otros) de salud mental					
94	Registra las actividades de promoción y prevención en el HIS.					
TOTAL GLOBAL DE IMPLEMENTACIÓN PSICOSOCIAL						

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SI: Cuando es afirmativa y observa el medio de verificación.

NO: Cuando la respuesta es negativa y no hay medio de verificación.

P: Cuando la actividad está en forma parcial o incompleta.

N°	EPIDEMIOLOGÍA	NO	P	SI	MEDIO DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
95	Cuenta con Directiva Sanitaria N° 071- MINSA/CDC-V.01, sobre la vigilancia de problemas de salud mental.					
96	Realiza reuniones técnicas para la implementación de vigilancia epidemiológica con autoridades locales y personal de salud en el último trimestre.					
97	Designa responsable de vigilancia epidemiológica en salud mental.					
98	Realiza notificación de casos de salud mental: Riesgo suicida, episodio depresivo moderado y grave					
99	Notifica los casos en el aplicativo informático en el último trimestre.					
100	Realiza control de calidad, analiza y socializa semestralmente los datos en sala situacional.					
TOTAL GLOBAL DE IMPLEMENTACIÓN EN VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA						





RESUMEN

CALIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN EN SALUD MENTAL				
MAYOR A 95%	ÓPTIMO		95 a más	
80 A 94 %	ALTO		80 a 94	
51 A 79 %	MEDIANO		51 - 79	
MENOR DE 50%	BAJO		0 - 50	
AREA	ITEMS	PUNTAJE DESEABLE	LOGRO	%
COMPONENTE DE GESTIÓN	24	24		
COMPONENTE CLÍNICO	58	58		
COMPONENTE PSICOSOCIAL	12	12		
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	06	06		
TOTAL SUPERVISIÓN INTEGRAL	100	100		





INFORME DE AVANCES Y COMPROMISOS DEL ACOMPAÑAMIENTO CLINICO PSICOSOCIAL

I. OBSERVACIONES DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

II. INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL EQUIPO DE ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

III. ACUERDOS Y RECOMENDACIONES FINALES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

IV. FIRMA DE LOS RESPONSABLES





Anexo 4

ACTA DE COMPROMISO PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS CONJUNTOS

Siendo las..... horas del día se desarrolla la reunión de coordinación entre las diversas autoridades de la Comunidad de.....compuestas por: Director de Red y Hospital Central del sector, gerente de Microrredes, autoridades de EESS, responsables de Salud Mental y otros actores sociales, llegándose a los siguientes acuerdos:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Se firma la presente acta como muestra de conformidad de todos los participantes en la presente reunión con respecto a los acuerdos concretados, así como también como muestra de compromiso a participar activamente en la promoción y desarrollo de la Salud Mental en su comunidad.





Anexo 5:

HOJA DE REFERENCIA DEL AGENTE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

1. DATOS DEL USUARIO

- Nombres y Apellidos: _____
- Edad: _____
- Sexo: _____
- Nombre del Familiar Responsable: _____
- Nombre del Agente Comunitario de Referencia: _____

2. MOTIVO DE REFERENCIA (Breve descripción del motivo por el cual está siendo referido a consulta por salud mental).

3. RECEPCIÓN DE LA ATENCIÓN

(SÍ) (Se marca en el caso que haya recibido atención adecuada y oportuna).

(NO) (Se marca en el caso que no haya recibido la atención correspondiente; se tiene que averiguar el motivo)





Anexo 6:

EXAMEN MENTAL		
Partes	Definición	Ejemplo en persona con depresión
Descripción general:	Apariencia, vestido y arreglo personal:	Aparenta edad asignada, vestido de acuerdo a la estación, sin arreglos cosméticos
	Higiene personal	Aseada
	Expresión Facial: Ej: alerta, móvil, preocupada, de dolor, inexpresiva, triste, sombría, tensa, irritable, colérica, de temor, despreciativa, alegre, afectada, de ensimismamiento, vacía.	Triste
	Actitud hacia el examinador:	Colaborador
	Actividad motora: Valoración de los aspectos motrices del individuo en su relación con los aspectos psicológicos. Alteraciones: inquietud, agitación, inhibición motriz, temblor, etc.	Enlentecida
Sensorio Cognición:	Orientación: Conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado. Alteraciones: Somnolencia, sopor, coma, Hipervigilancia, etc.	Orientado en tiempo, espacio, persona.
	Conciencia: Conocimiento simultáneo, en la unidad del tiempo, de sí mismo (sujeto) y del mundo circundante (objeto) y, por lo tanto, es el reflejo de la realidad.	Vigil,
	Atención: Permite estímulo o grupo de ellos del conjunto de una experiencia, y que implica, generalmente, un esfuerzo del sujeto para conseguirlo. Ej. Atento, no atento.	Atenta
Lenguaje:	Es la expresión de ideas o pensamientos a través de la palabra o de sonidos articulados o inarticulados (lenguaje oral). Es importante observar si el discurso es fluido, tiene finalidad, la velocidad de reproducción de las palabras.	Fluido, finalístico, tono y velocidad conservado.
Pensamiento:	Proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación. Forma: Continuidad del pensamiento en cuanto a los principios lógicos que subyacen al discurso ("hilo conductor"). Alteraciones: pensamiento laxo, incoherente, bradipsiquia, etc. Contenido: Alteraciones: delusiones, preocupaciones,	Curso: Coherente Contenido: Con preocupaciones sobre "quiero curarme, no estar así", niega ideación suicida.



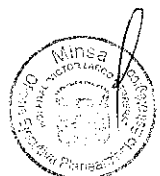
	ideas sobrevaloradas,	
Percepción:	Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los Sentidos. Alteraciones: Alucinaciones visuales, auditivas, olfativas.	Niega alucinaciones
Afecto:	Es la experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente los sentimientos, las emociones y el ánimo (humor). Estado de ánimo es se experimentan subjetivamente pueden ser expresadas verbalmente y también pueden inferirse de los cambios de expresión, de la mímica y de las actitudes corporales. Alteraciones: Alegría y tristeza patológica, anhedonia, inadecuación afectiva, labilidad emocional.	Afecto: depresivo Ánimo: "triste"
Conciencia de enfermedad:	Saber que se padece de su enfermedad.	Si





ANEXO 7: EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS

Psicofármaco	Dosis de inicio	Dosis terapéuticas	Reacciones adversas frecuentes	Reacciones adversas peligrosas	¿Qué hacer con los efectos adversos?
Antidepresivos					
Fluoxetina (ISRS)	10mg/día	20-60mg/día	<ul style="list-style-type: none"> GI: ↓ de apetito, náuseas, diarrea, estreñimiento, boca seca. SNC: Más frecuente insomnio, pero también sedación, agitación, temblores, dolor de cabeza, mareos, ansiedad. Disfunción sexual: Retraso en la eyaculación, disfunción eréctil (♂), disminución del deseo sexual, anorgasmia(♀) Autonómico: sudoración Raro: Hematoma y raramente sangrado. Sertralina: Hiponatremia en ancianos 	<ul style="list-style-type: none"> Rara vez ataque epiléptico Rara vez inducción amantía Acatisia marcada, alteraciones de la coagulación en personas que usan aspirina y otros AINES. 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Si es activadora tomar en la mañana para reducir el insomnio. Reducir dosis y mantener si es tolerada y efectiva, luego considerar incrementar de nuevo. La mayoría de los efectos disminuyen después de algunos días, no son permanentes. Excepto disfunción sexual.
Sertralina (ISRS)	25mg/día	50-200mg/día			
Amitriptilina (Tricíclico)	25mg/día	50-150mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, ↑ de apetito, boca seca, ganancia de peso. Cansancio, debilidad, mareo, somnolencia, cefalea, ansiedad, nerviosismo, inquietud. Disfunción sexual: impotencia, cambio de libido. Sudoración, rash, picores. 	<ul style="list-style-type: none"> ileo paralítico, hipertermia (si se combina con anticolinérgicos) ↓ del umbral epiléptico y en ocasiones epilepsia Hipotensión ortostática Prolongación Qtc, arritmia cardíaca Fallo hepático, síntomas extrapiramidales Ocasiones inducción amantía Hiponatremia asociada a SIADH. 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Reducir dosis Si hay sedación administrar denoche Cambiar al ISRS
Antipsicóticos					
Haloperidol (AP 1era. G)	1.5-3mg/día	3-20mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Acatisia, síndromes extrapiramidales: reacciones distónicas agudas, tics, temblor, rigidez muscular y rueda dentada, discinesia tardía Galactorrea, amenorrea Priapismo (Flufenazina) Mareo, sedación Boca seca, visión borrosa, retención urinaria. 	<p>Con escasa frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Síndrome neuroleptico maligno Convulsiones Ictericia, agranulocitosis, leucopenia 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Por los síntomas motores asociar un agente colinérgico Reducir dosis Para la sedación, tomanocturna IMC elevado, diabetes, dislipidemia:





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Victor Larco Herrera
Dpto. Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria

Decanoato de flufenazina (acción prolongada) (AP 1era. G)	12.5mg IM	25-100mg cada	estreñimiento <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la sudoración Hipotensión, taquicardia, hipertensión Aumento de peso Flufenazina: Hiposudoración, depresión, disfunción sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ de riesgo de muerte y ACV en pacientes ancianos con psicosis y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> perder peso, programa de ejercicios, dieta y manejo médico. Cambiar a un antipsicótico de 2da. Generación
Risperidona (AP 2da. G)	1mg/día	2-8mg/día	<ul style="list-style-type: none"> ↑ el riesgo de diabetes y dislipidemia Síntomas extrapiramidales dosis dependientes Hiperprolactinemia dosis dependiente Espocoeficiente tardía (menor que los AP 1era. G) Mareo, insomnio, cefalea, ansiedad, sedación Nauseas, estreñimiento, dolor abdominal Ganancia de peso Taquicardia, disfunción sexual Es muy raro: hipotensión ortostática, por lo general durante el aumento de la dosis inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome neuroleptico maligno menor que los AP 1era. G Convulsiones infrecuentes Hiperglucemia en algunos casos extremos asociados a cetoadicidosis ↑ de riesgo de muerte y ACV en pacientes ancianos con psicosis y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Omar en la noche para ayudar a reducir la sedación diurna Anticolinérgicos pueden reducir los efectos adversos motores IMC elevado, diabetes, dislipidemia: perder peso, programa de ejercicios, dieta y manejo médico. Cambiar a otro antipsicótico de 2da. Generación
Anticolinérgico					
Biperideno	1mg/día	3-12mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Confusión, alteración de la memoria, sedación (ancianos) 	<ul style="list-style-type: none"> Glaucoma del ángulo cerrado, miastenia gravis, obstrucción intestinal 	





Estabilizadores del ánimo

Valproato de sodio	250mg/día	1-2gr/día	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, irritación gástrica, diarrea Sedación, temblor, mareo, ataxia, fatiga, cefalea Dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, ↓ de apetito, dispepsia, ↑ peso. Alopecia (infrecuente) Ovarios poliquísticos (controvertido) Hiperandrogenismo, hiperinsulinemia ↓ de la densidad del hueso 	<ul style="list-style-type: none"> Raramente hepatotoxicidad con fallo hepático en ocasiones graves Raramente pancreatitis 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Tomar en la noche para reducir la sedación diurna Reducir dosis Sustituir por otro fármaco Propranolol 20mg puede reducir el temblor Complejos vitamínicos con zinc y selenio pueden ayudar a reducir la alopecia
Carbamazepina	100mg/día	200-600mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, vómitos, diarrea Sedación, mareos, confusión, inestabilidad, cefalea Visión borrosa Leucopenia benigna (transitorio) Rash 	<ul style="list-style-type: none"> Anemia aplásica ocasional, agranulocitosis (sangrado o hematomas insulares, llagas bucales, dolor de garganta) Reacciones dermatológicas graves ocasionales (síndrome de Stevens-Johnson) Problemas cardíacos ocasionales SIADH con hiponatremia Frecuencia aumentada de convulsiones generalizadas Trastornos de la conducción cardíaca, insuficiencia renal. 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Tomar con comida o dividir dosis para evitar efectos GI Tomar de noche para reducir la sedación Cambiar a otro fármaco

Benzodiazepinas

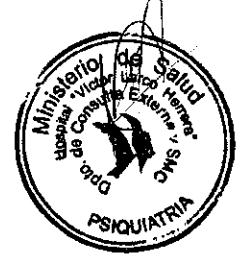
Diazepam	2-10 mg/día	10-20 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Diazepam: Fatiga, mareo, discurso inteligible, olvidos frecuentes. Además de: Sedación, cansancio, depresión, vértigo, ataxia, ataxia, disartria, debilidad, olvido, confusión, hiperexcitabilidad, nerviosismo. Raro: alucinaciones, manía, hipotensión, hipersalivación, boca seca. 	<ul style="list-style-type: none"> Depresión respiratoria, especialmente cuando toman con otros depresores en sobredosis. Raro: disfunción hepática, renal y disfunción cardíaca. Convulsiones (Clonazepam) 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, Esperar, Esperar Reducir dosis Tomar la dosis mayor a la hora de acostarse para evitar los efectos sedativos durante el día Cambiar a otro fármaco Administrar flumazenilo si los efectos secundarios son graves y riesgo vital.
Clonazepam	0.5mg/día	0.5-2mg/día			
Alprazolam	0.5mg/día	0.5mg-4mg/día			

Esta información es de referencia rápida y no pretende ser una guía exhaustiva de los medicamentos, dosis y efectos secundarios. Se puede encontrar detalles adicionales en:

"Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud" (OMS-OPS, 2010)

(http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)





Anexo 8:
ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos:.....
- Edad: Documentos de Identidad:.....
- Sexo:
- Religión:.....
- Estado Civil:
- Hijos: Nro. De Hijos:.....
- Status Socio – Económico:.....
- Dirección:.....
Teléfono:.....
- Establecimiento de Salud:.....
- Examinador:
- Fecha de Entrevista Inicial:.....

II. MOTIVO DE CONSULTA (Descripción del Problema Actual)

.....

.....

.....

.....

.....

III. HISTORIA DEL DESARROLLO

- Parto:
 - ✓ Normal ()
 - ✓ Complicaciones () Especificar:
- Evolución: (Especificar la edad aproximada en que apareció la actividad que se menciona)
 - ✓ Levantó la cabeza:
 - ✓ Se volteó:
 - ✓ Se sentó:.....
 - ✓ Se paró:.....
 - ✓ Reptó (se arrastró):.....
 - ✓ Gateó:.....
 - ✓ Comenzó a caminar con ayuda:.....
 - ✓ Comenzó a caminar solo(a):.....
 - ✓ Balbuceó:
 - ✓ Comenzó a articular sus primeras palabras:.....
 - ✓ Comenzó a elaborar oraciones de tres palabras a más:.....
 - ✓ Comenzó a coger las cosas:.....
 - ✓ Comenzó a coger las cosas en pinza:.....





✓ Tuvo Estimulación Temprana (SÍ)(NO)

IV. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

- ¿Desde cuándo viene sintiendo el problema/malestar por el cual acude a consulta?

.....
.....

- ¿Cuáles son los signos y síntomas que más le molestan? (Descripción del Problema)

.....
.....

V. DATOS DEL SISTEMA FAMILIAR

5.1. Datos del Padre:

- Nombres y Apellidos:.....
- Edad: (Si falleció, indicar que es fallecido y la edad a la que falleció).....
- Ocupación: Vive con él (SÍ)(NO)
- ¿Cómo se lleva con él?(Especificar)

.....
.....

5.2. Datos de la Madre:

- Nombres y Apellidos:.....
- Edad: (Si falleció, indicar que es fallecida y la edad a la que falleció)
- Ocupación: Vive con ella (SÍ)(NO)
- ¿Cómo se lleva con ella?(Especificar)

.....
.....

5.3. Hermanos:

Datos de los Hermanos:	Edad	Relación Familiar	Ocupación

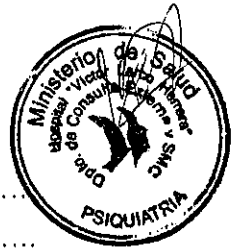
5.4. Tipos de Crianza

- Padre
 - ✓ Autoritario/Dominante:.....
 - ✓ Pasivo/Blando:
 - ✓ Ausente:.....

Descripción:

.....





- Madre:
 - ✓ Autoritario/Dominante:.....
 - ✓ Pasivo/Blando:
 - ✓ Ausente:.....

Descripción:

.....
.....
.....

5.5. Antecedentes

- Algún familiar presenta problemas mentales: (Especificar y Describir)
 -
 -
 -

VI. DESARROLLO PSICOSEXUAL: (Especificar edad de inicio sexual y características de su actividad sexual)

.....
.....
.....

VII. HÁBITOS E INTERESES: (Hobbies)

.....
.....

VIII. ANTECEDENTES PENALES/POLICIALES

.....
.....





Anexo 10:

ACTA DE ACOMPAÑAMIENTO

Siendo las..... Horas del día..... Se inicia la visita de
acompañamiento al (Méd) (Psic.) (Tr. Soc.) (Enf.) (Obst.).....
que labora en el EESS.....
la cual se llegaron a los siguientes acuerdos:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Se adjunta a la presente Acta la ficha de
Acompañamiento.

Siendo las..... horas del día
se da por culminada la presente visita, quedando como fecha de la siguiente
visita el día.....

Personal Acompañante

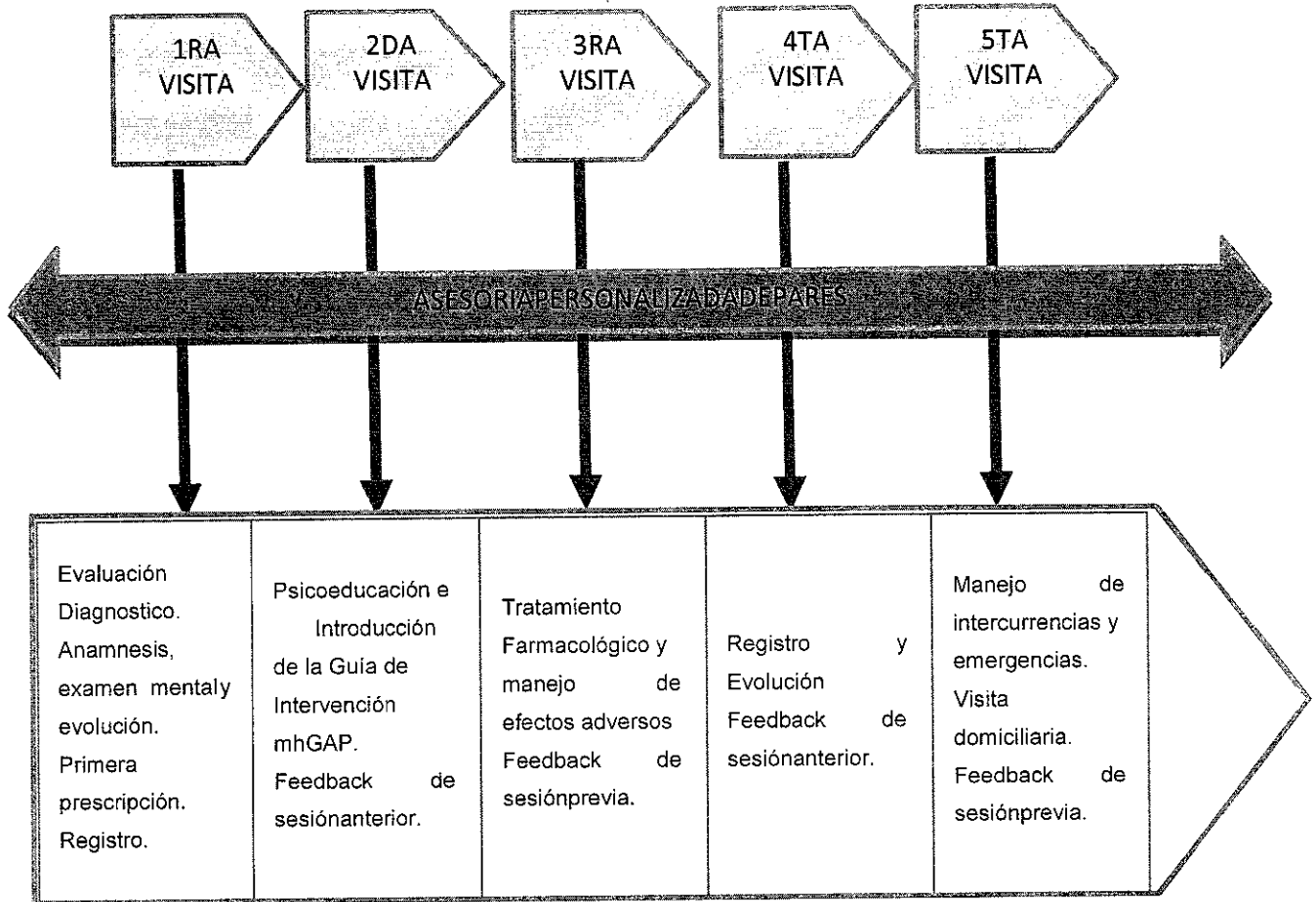
Personal Acompañado





Anexo 11:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A MEDICINA





Anexo 12:

LISTA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICABLES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Adultos	Niños
Area de Inteligencia	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de Matrices Progresivas de Raven ▪ Test de Domino D-48 ▪ Test S-50 ▪ -Prueba de Madurez Mental de California ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Inteligencia de Stanford Binet ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY)
Area de Personalidad	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario Factorial de personalidad EPQ-R ▪ Frases incompletas de Sacks ▪ Test de la Figura Humana de Karen MacKover ▪ Test del Hombre bajo la lluvia ▪ Test Casa – Árbol – Persona ▪ Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon –II 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de BARON –ICE ▪ Cuestionario de Personalidad para niños y adolescentes EPQ-I ▪ Test de la figura humana –DFH ▪ Test de frases incompletas de Rotter ▪ Test de BARON (abreviado)
Area de Funciones Cognitivas Específicas	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación neuropsicológica breve en español – NEUROPSI 	
Area de Desarrollo/Organicidad	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test Gestáltico Visomotor de Bender ▪ Test de Benton ▪ Escala de Madurez Social De Vineland 	
Area familiar	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de Desarrollo Psicomotor de Brunet Lezinne ▪ Test de la familia de Corman ▪ Escala de evaluación del Funcionamiento Familiar FACES III 	
Area de Intereses Vocacionales	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Intereses Vocacionales y Ocupacionales (CASM-83) 	
Area Psicopatología	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de Intereses Vocacionales de Angellini ▪ Escala de Hamilton ▪ Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck ▪ Inventario de Ansiedad y Depresión de Zung ▪ Test Dependencia Alcohólica AUDIT 	





Anexo 13:
INFORME PSICOLÓGICO

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Grado de Instrucción:

Religión:

Referente: Examinador:

Fechas de Evaluación:

Fecha de Informe:

OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA (Descripción de aspectos significativos observados al momento de la evaluación, así como su, actitud, vestimenta, apariencia y ubicación en tiempo, espacio y persona).

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS (Se colocan los instrumentos aplicados, incluyendo la Observación de la Conducta y la Entrevista Personal).

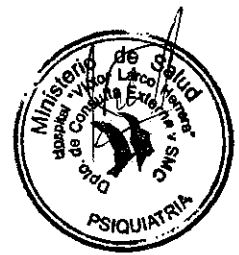
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS (Se divide en área de inteligencia, personalidad, aspectos familiares, posibles indicadores psicopatológicos e indicadores de compromiso orgánico – cerebral; se tienen que colocar datos de indicadores integrados y no aislados).

CONCLUSIONES (Se colocan los aspectos más saltantes de cada una de las áreas evaluadas, sacándose del análisis e interpretación de resultados).

PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA (En caso de encontrarse, en la integración de la información recabada, indicadores significativos de un diagnóstico determinado, se coloca éste; en caso contrario, se coloca una presunción diagnóstica que permita facilitar la elaboración del Plan Terapéutico o la derivación al médico).

RECOMENDACIONES (Se colocan las acciones y procedimientos a realizar para intervenir adecuadamente el problema o trastorno a afrontar).





Anexo 14:

PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL

Datos del/la usuario Nombre:

Edad:

Sexo:

Grado de Instrucción:

Duración (Se sugiere que cada sesión debe tener una duración oscilante entre 45 y 60 minutos).

Sesiones (Según el programa PPR, se plantean de 4 a 6 sesiones, las cuales, a criterio del psicólogo tratante, pueden aumentar en 2 ó 3 sesiones más, pero no disminuir; se deben especificar las etapas que se realizan en cada sesión; se plantea una sugerencia al respecto en el siguiente punto).

Etapas:

- Encuadre** (Esta es la primera y muy importante etapa, pues es aquí en donde, a través de una adecuada recepción del usuario, se busca establecer la empatía y generar el compromiso con el tratamiento y los roles y funciones, tanto del psicólogo, como del o la usuaria, buscando crear consciencia de la responsabilidad del usuario en el desarrollo del procesoterapéutico).
- Evaluación y formulación del/los problemas(s)** (Se deben colocar los problemas encontrados y definir operacionalmente sus conductas problema específicas. Se realiza en el desarrollo de la 1ra. y 2da. Sesión. En esta etapa, en caso de que el usuario haya sido derivado directamente a psicología, el psicólogo debe haber determinado la necesidad o no necesidad de la intervención con medicamentos y su consecuente derivación al consultorio de medicina).
- Planteamiento de objetivos** (Se establecen, en conjunto con el usuario, los objetivos que se quieren alcanzar con el Trabajo Individual. Se realiza en la 2da. Sesión).
- Selección de técnicas y/o procedimientos a emplear** (Se le explican al usuario Las técnicas que se van a utilizar y lo que se quiere alcanzar con ellas. También se realiza al final de la 2da. Sesión).
- Ejecución de técnicas** (Se ejecutan cada una de las técnicas planteadas, pudiendo existir posibles variaciones en el proceso, de acuerdo al desarrollo del mismo. Esta etapa se desarrolla entre la 3ra. y 5ta. Sesión; de ser necesario, se puede ampliar hasta la sextasesión).

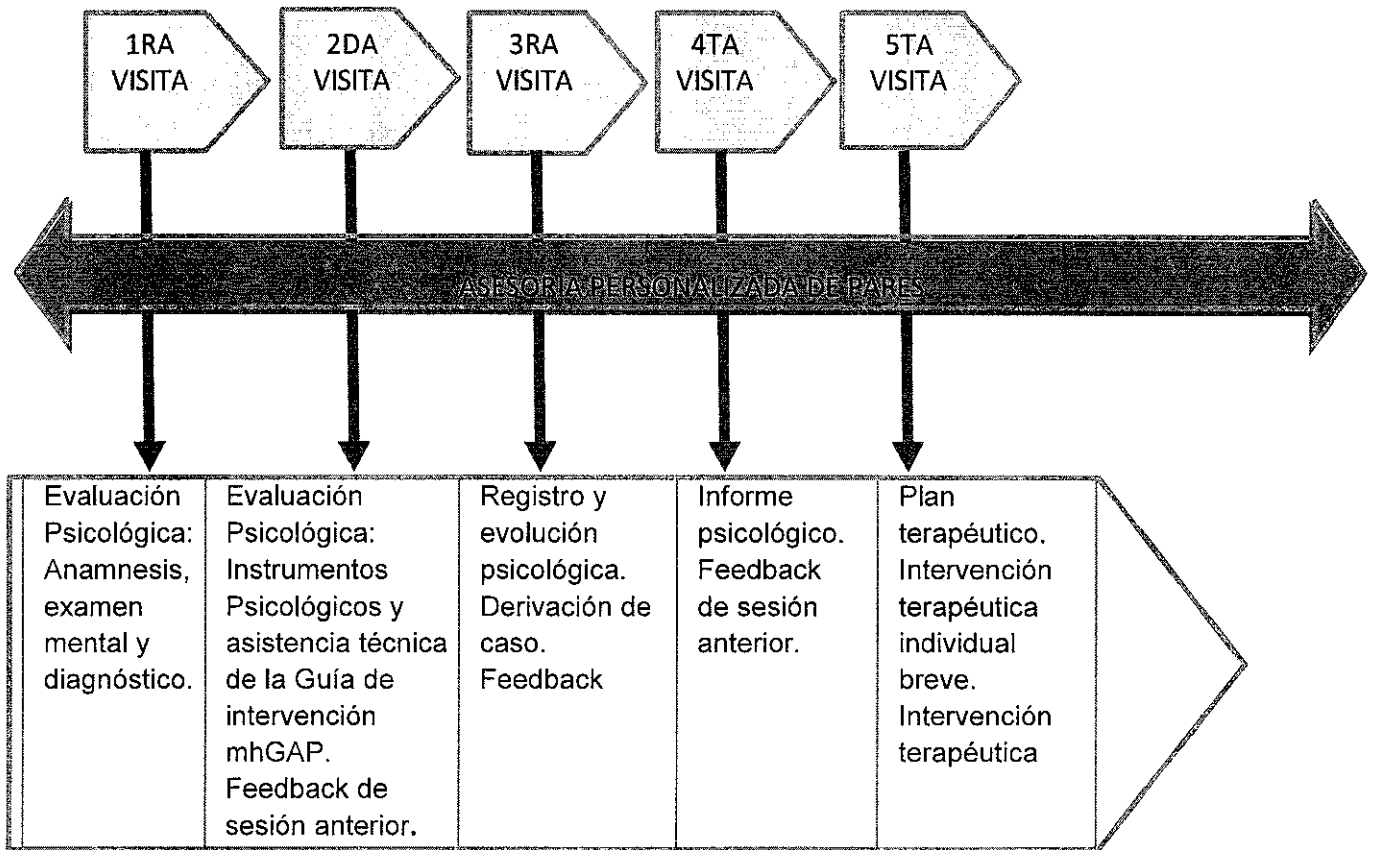
Evaluación y Seguimiento (Se va observando y evaluando el avance y sostenimiento del o la usuaria. Esta etapa, se realiza en la 6ta. Sesión y, de ser necesario, se puede ampliar hasta un máximo de 9 sesiones).





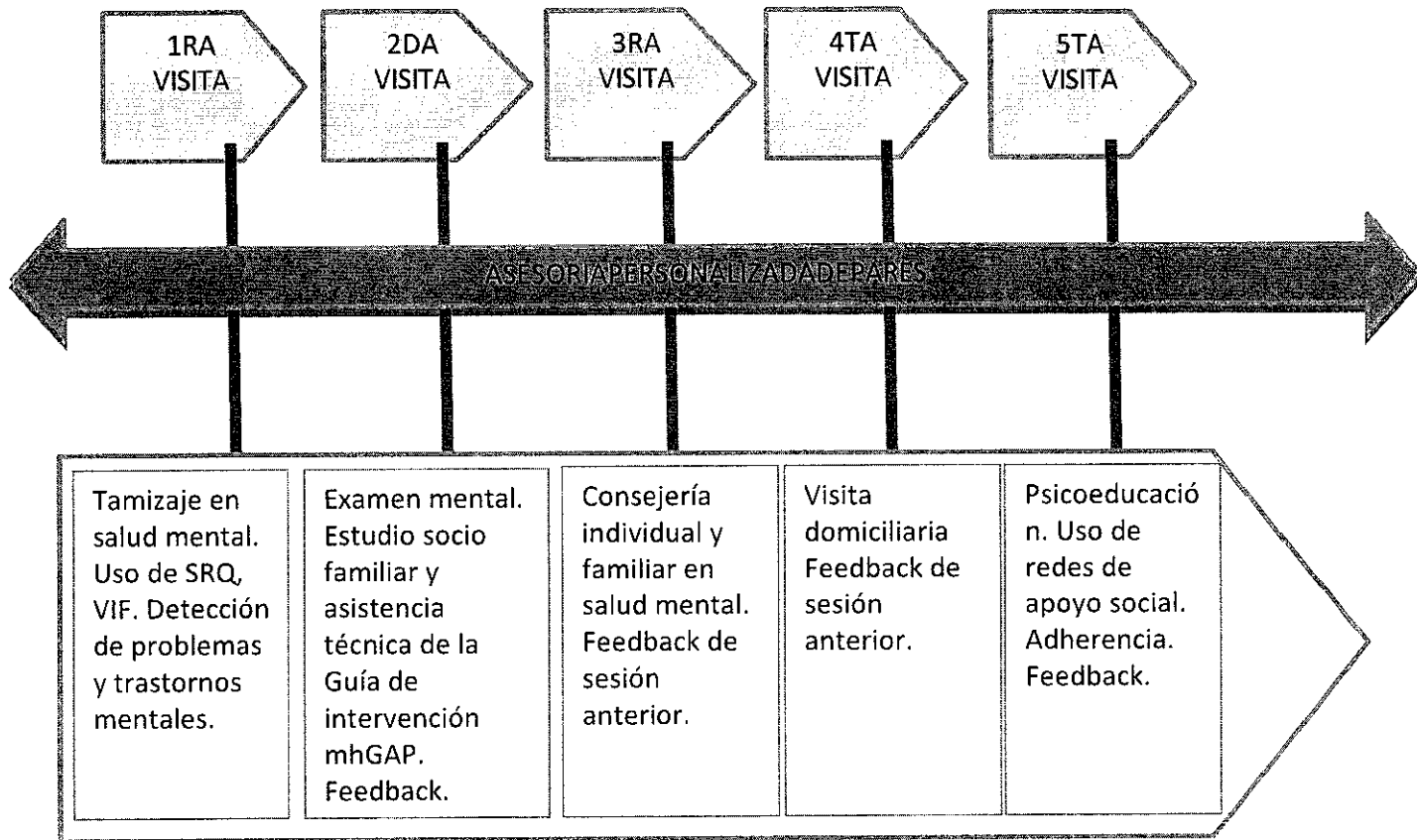
Anexo 15:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A PSICOLOGÍA





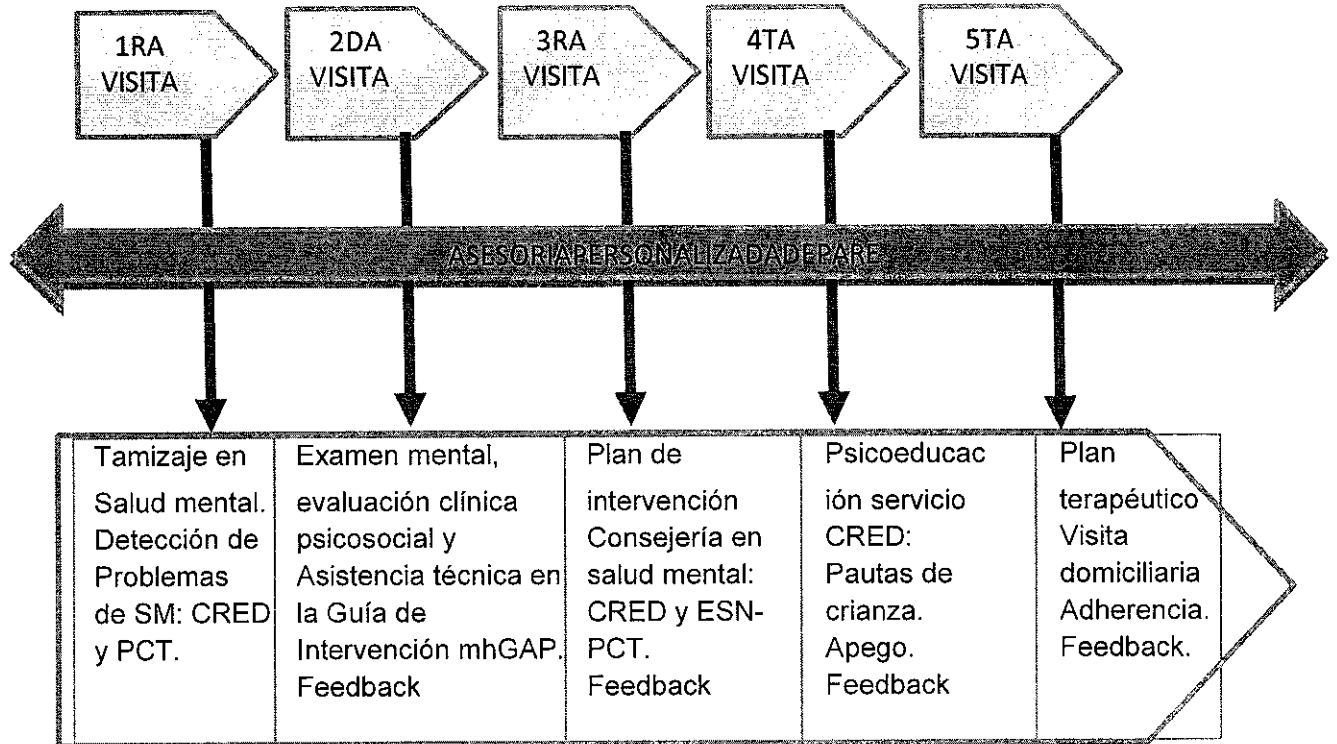
Anexo 16:
FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A TRABAJADORA SOCIAL





Anexo 17:

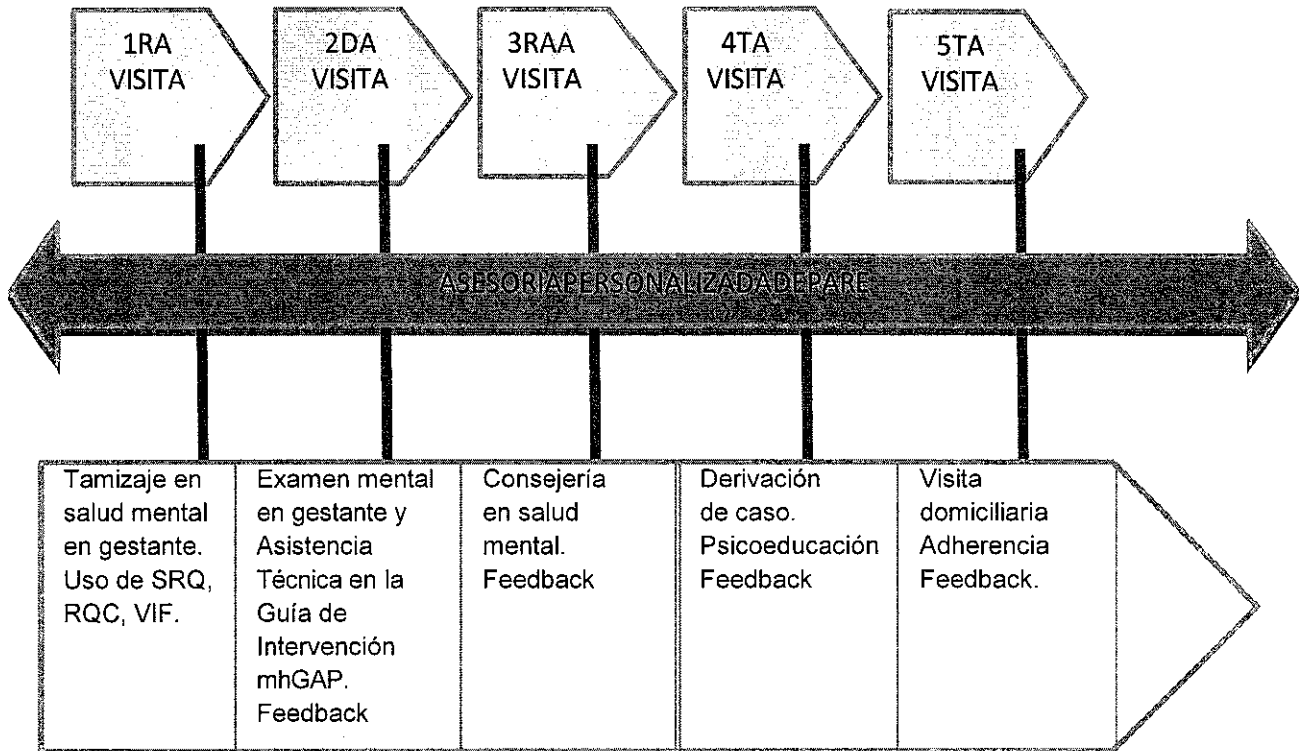
FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A ENFERMERÍA





Anexo 18:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A OBSTETRICIA





Anexo 19:

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

DATOS GENERALES

Datos de la Familia (Apellidos):

Nombre del (la) usuario:

Edad del (la) usuario:

Sexo:

DATOS DE LA VISITA

MOTIVO DE LA VISITA (Descripción de la razón por la cual se realiza la visita)

.....
.....
.....
.....

OBJETIVOS DE LA VISITA (Descripción de lo que se quiere lograr con la visita)

.....
.....
.....
.....

DETALLES DE LA VISITA

Se cuenta con el apoyo de la familia (SÍ) (NO)

Explicar:

.....
.....

El (la) usuario contribuye al buen desarrollo de la visita (SÍ) (NO)

Explicar:

.....
.....

Se alcanzaron los objetivos de la visita (SÍ) (NO)

Explicar:

.....

Necesidad de una nueva visita domiciliaria (SÍ) (NO) Fecha:





Anexo 20:

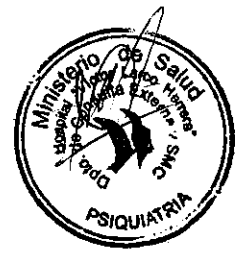
DATOS E INSTRUMENTOS PARA EL INFORME DEL ACP Y DE GESTIÓN

1. Datos generales del EE.SS.: Se consignará dirección de salud del EE.SS., nombre de la microrred y red de salud, nombre del gerente, del equipo técnico y del equipo de facilitadores que realiza la visita, fecha y número de visita.
2. Clínico: Se completa la ficha en función a lo observado.
3. Gestión: Los datos se recogen a través de la entrevista al gerente de la Microrred y la revisión de los documentos de gestión.

Los datos considerados incluirán:

- Documentos normativos emitido por el gerente que facilite la implementación de las intervenciones en salud mental.
- Plan básico, para la atención de salud mental en la microrred.
- Existencia de guías en los servicios formalmente distribuidos por el gerente o jefe del EE.SS.
- Supervisión del pedido y uso de psicofármacos realizado por el comité farmacológico y su distribución en los EE.SS. de acuerdo a necesidad.
- Requerimiento para contrato de profesional psicólogo de planta.
- Asignación de ambiente apropiado (privado, comodidad básica y mobiliario mínimo), para la atención de salud mental.
- Gestionará el equipamiento y su distribución en toda la microrred para la atención de salud mental por el equipo interdisciplinario.
- Monitoreo y supervisión de la implementación de la intervención en salud mental en la microrred, en el marco de la Atención Integral de Salud.
- Seguimiento respectivo.
- Integración del responsable de la Estrategia de Salud Mental al equipo de gestión de la microrred.
- Monitoreo al responsable de la Estrategia de Salud Mental, proceso de capacitación y asesoría.
- Los facilitadores responsables de estrategias y etapas de la intervención de salud mental asesorarán y operativizarán la implementación de la intervención de salud mental.





Anexo 21

GLOSARIO DE TERMINOS

Acompañamiento clínico psicosocial y de gestión en salud mental

Involucra la resolución de problemas en forma colaborativa entre uno o más especialistas de salud mental (equipo acompañante) y uno o más profesionales de atención primaria que son responsables de entregar asistencia clínico-psicosocial a sus beneficiarios. Implica un conjunto de actividades realizada por equipos de profesionales especializados y dirigidas a los equipos interdisciplinario de las Microrredes y hospitales con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales.

Se considera:

- Dimensión clínica-psicosocial del abordaje de casos de problemas y trastornos mentales.
- Dimensión de gestión para la mejora de procesos en el abordaje de la salud mental, así como para la mejora de la articulación y coordinación.

Acompañamiento Clínico:

Donde los equipos interdisciplinarios desarrollan capacidades en los equipos básicos de los centros de salud en temas de detección de los problemas de salud mental priorizados, diagnóstico y el manejo integral de los problemas y trastornos mentales en atención primaria.

Acompañamiento Psicosocial:

En este proceso, los equipos especializados trabajan conjuntamente con el equipo básico a cargo de los programas preventivos y de promoción de la salud para incorporar el componente de salud mental. Básicamente, se asesora en el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención de problemas de salud mental en familia, escuela y población de riesgo, programa de salud escolar y activación de la red de vigilancia comunitaria en salud mental. Así mismo, se fortalece la red de agentes comunitarios de salud en acciones de salud mental del territorio.

Acompañamiento para la gestión en salud mental:

Implica que el equipo especializado realice reuniones de reflexión crítica para evaluar los avances en la gestión, resolución de puntos críticos y cambio de estrategia oportuna. Los temas abordados son: la actualización periódica del plan esencial aseguramiento en salud mental, aumento de cobertura de aseguramiento SIS en salud mental, priorización y planificación del presupuesto (Presupuesto por Resultados, Programa Integral de Reparaciones a Víctimas de la Violencia Política, DEVIDA, Recursos Directamente Recaudados, Recursos Ordinarios), implementación y monitoreo de la vigilancia y detección precoz de suicidio y violencia, dotación suficiente y oportuna de psicofármacos en el establecimiento.

Asesoría en Servicio:

Implica, que el equipo acompañante brindará la asesoría a los profesionales de cada servicio del establecimiento: Crecimiento y Desarrollo, Salud Sexual y reproductiva y Triaje, Etapa Vida Adolescente, Adulto y Adulto mayor, iniciará socializando los instrumentos de tamizaje (SRQ-28, VIF, AUDIT), y los instrumentos considerados en la norma técnica en caso del adulto y adulto mayor, explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental de los niños, gestantes, adolescentes, adultos y adulto mayor, brindando asesoría, en la aplicación de estos instrumentos.

Monitoreo:

Es el procedimiento mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa, el grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y





local.

Equipo acompañante:

Es el responsable de acompañar al equipo interdisciplinario de las redes focalizadas con la finalidad de elevar el nivel de desempeño en la atención de problemas y trastornos mentales con enfoque comunitario en todas las etapas de vida.

Ofrece asistencia técnica a los establecimientos de salud estratégicos priorizados para la mejora en la gestión en salud mental, mejora de procesos de atención clínica e intervención psicosocial con la finalidad de mejorar la práctica de los equipos interdisciplinarios.

Tamizaje de Salud Mental

Es un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos.

Atención básica de salud mental en los establecimientos del primer nivel de atención:

La atención básica de salud mental implica realizar la detección (tamizaje) en todos los servicios de las redes de salud por el equipo interdisciplinario, poniendo especial énfasis en la detección de problemas de salud mental en la población de riesgo, como son: gestante, madre y su niño hasta los 5 años, adolescente, adulto mayor, personas con enfermedades crónicas (tuberculosis, VIH-SIDA, Cáncer, diabetes mellitus); diagnóstico (evaluación clínica integral), tratamiento -intervenciones psicosociales (técnicas de resolución de problemas, activación conductual, activación de redes de apoyo) y farmacológicas básicas, las cuales dadas juntas han demostrado mucho mayor efectividad- y seguimiento de usuarios (incluida la visita domiciliaria interdisciplinaria), con problemas psicosociales y trastornos mentales leves-moderados, como: Depresión Mayor, Trastornos de Ansiedad, Psicosis, Trastornos de Conducta en Niños y Problemas por el consumo de alcohol y otras drogas. Se considerará la derivación oportuna a los niveles de mayor nivel de resolución, sea por consulta ambulatoria o por atención de emergencia.

Capacidad Resolutiva: El nivel de suficiencia que tiene un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo para responder en forma oportuna y con calidad a una demanda de atención de salud.²²

Centro Consultante: Establecimiento de salud localizado en un área con limitaciones de acceso o de capacidad resolutiva y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permite enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión, información, educación y comunicación, y la prestación de servicios de salud a la población que atiende²²

Centro Consultor: Establecimiento de salud que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en los componentes de gestión, información, educación y comunicación y la prestación de servicios de salud en condiciones de oportunidad y seguridad²³

Personal de Salud Consultante: Personal de salud que se ubica en un Centro Consultante, quien solicita apoyo en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, a través del uso de tecnologías de información y comunicación.²³

Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes





PERÚ

Ministerio
de Salud

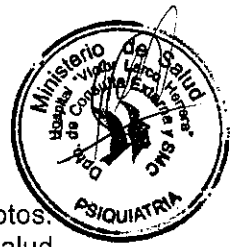
Hospital Víctor Larco Herrera
Dpto. Consulta Externa y
Salud Mental Comunitaria



de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y comunicación, que les permite intercambiar información que facilite el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área.²³

Telesalud: Es un servicio de salud que utiliza tecnologías de Información y comunicaciones (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutiva.²³





VIII. BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente-Práctica. Informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias. Ginebra, 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
2. Organización Mundial de Salud: Salud mental: un estado de bienestar. 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es
3. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS), Declaración de Caracas 1990. Disponible en : https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
4. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Principios de Brasilia. 2005. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf
5. Organización Panamericana de Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington. 2009. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
6. Bojórquez E., Chacón O, Rivera G., Donadío G., Stucchi S., Sihuas C. y cols. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. Acta Med Per 29(1), 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96624194013>
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos para la acción en salud mental. Perú, 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/02_Lineamientos_SM.pdf
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Plan General 2005-2010. Perú, 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/03_PlanGeneral_ESSM_y_CP.pdf
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Perú, 2006. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/01_Plan_Nacional_de_Salud_Mental.pdf
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción en Salud Mental para la Implementación del Reglamento de la Ley N°29889 Ley que modifica el Artículo N°11 De la Ley General De Salud (Versión Preliminar). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/000340.pdf>
11. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. 2015. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6F21F9C8F949208A05257AA10076FA6C/\\$FILE/1.Ley_quemodifica_art%C3%ADculo_11_de_la_Ley_26842.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6F21F9C8F949208A05257AA10076FA6C/$FILE/1.Ley_quemodifica_art%C3%ADculo_11_de_la_Ley_26842.pdf)
12. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; XXIX (1): 1-397.





13. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE). Washington, 2013. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
14. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Acceso de la población a la Atención Integral de Salud Mental. 2014.
15. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo
16. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2003; XIX (1 -2):1-218
17. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental. 2005; XXI (1 -2):1-214.
18. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; XXIII (1 -2):1-227
19. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental. 2008; XXIV (1 -2):1-249
20. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Informe sobre Servicios de Salud Mental del Subsector del Ministerio de Salud del Perú. 2008
21. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi". Norma técnica para el acompañamiento clínico psicosocial y de gestión en salud mental a las redes de salud. 2016. (No publicado).
22. Hospital "Víctor Larco Herrera", Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis Situacional de Establecimientos hospitalarios (ASEH) año 2016
23. Ministerio de Salud Norma Técnica de Telesalud <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1428.pdf>





**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**
Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria



DOCUMENTO TÉCNICO:

**PLAN INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL CON ENFOQUE COMUNITARIO
EN EL DISTRITO DE MAGDALENA-LIMA**

Magdalena del Mar, Marzo del 2019

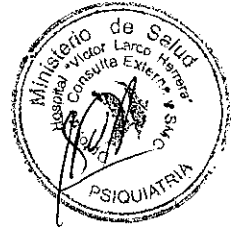




ÍNDICE

- INTRODUCCION
- I. FINALIDAD
 - 1.1 OBJETIVOS
- II. AMBITO DE APLICACIÓN
- III. BASE LEGAL
- IV. DISPOSICIONES GENERALES
 - 4.1 Aspectos Técnicos conceptuales:
 - 4.1.1 Antecedentes
 - 4.1.1.1 A nivel internacional
 - 4.1.1.2 A nivel nacional
 - 4.1.1.3 A nivel local
 - 5.1 Situación Actual del Distrito de Magdalena Del Mar
 - 5.1.1 Ubicación Geográfica
 - 5.1.2 Características de la población
 - 5.1.3 Situación de la Salud Mental
 - 5.2 Descripción de Procesos
 - 5.2.1 Sectorización del distrito
 - 5.2.2 Organizaciones sociales de base de la comunidad
 - 5.2.3 Matriz de Plan Institucional
- V. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
 - 5.3 Metodología
 - 5.3.1 Diagnostico Comunitario
 - 5.3.1.1 Registro de usuarios nuevos y diagnósticos
 - 5.3.1.2 Encuesta en la comunidad
 - 5.3.1.3 Sectorización de problemas priorizados
 - 5.4.2 Abordaje comunitario
 - 5.4 Meta
 - 5.5 Presupuesto
 - 5.6 Monitoreo y Evaluación
- VI. RESPONSABILIDADES
- VII. ANEXOS
- VIII. BIBLIOGRAFÍA





ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y PLANOS

TABLA N° 1	:	Límites del Distrito de Magdalena del Mar
PLANO N° 1	:	Plano del distrito de Magdalena del Mar
TABLA N° 2	:	N° de Habitantes de Magdalena del Mar
TABLA N° 3	:	Información sobre prevención social
TABLA N° 4	:	Atención del C,S. Materno Magdalena del Mar
TABLA N°5	:	N° de referencias del C.S Materno Magdalena del Mar
TABLA N° 6	:	Atenciones en Salud Mental según CIE 10 en el Hospital Víctor Larco Herrera-2018
TABLA N° 7	:	Atendidos en Salud Mental según CIE 10 en el Hospital Víctor Larco Herrera-2018
PLANON N° 2	:	Sectorización de Municipalidad de Magdalena del Mar





INTRODUCCIÓN

Partiendo de la premisa de que la Salud Mental es un derecho humano fundamental e indispensable se busca trabajar en el empoderamiento de la sociedad, no solo porque los derechos ciudadanos y el de la salud sean parte de la realidad, sino también porque se busca generar condiciones para que los ciudadanos, de manera organizada, contribuyan a mejorar sus condiciones de vida. ⁽¹⁾

La problemática de Salud Mental incluye no solamente los trastornos Mentales sino también, problemas psicosociales, los cuales generan consecuencias que contribuirán a mantener este problema de generación en generación. Para romper este ciclo se pretende abordar los problemas de Salud Mental a través de un equipo multidisciplinario que pueda brindar una atención personalizada y continua. ⁽²⁾

Actualmente el concepto de salud mental lo define la OMS como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad, y no solamente como ausencia de la enfermedad. De modo que la problemática de salud mental incluye no solamente los trastornos mentales sino también, problemas psicosociales graves, como diversos tipos de violencia, los cuales generan consecuencias que de no ser abordadas contribuirán a seguir manteniendo y producir este problema de generación en generación. Para romper este ciclo se pretende abordar los problemas de salud mental mediante un equipo multidisciplinario, para brindar una atención personalizada y continua. ⁽³⁾

La atención de la Salud Mental de acuerdo con la ley N°29889, ley que modifica el artículo 11 de la Ley N°24842 Ley General de Salud, garantiza el derecho de las personas con problemas de salud mental, destacando una atención integral, humana interdisciplinaria enfocado en la rehabilitación, reinserción familiar, laboral y comunitaria preservándose con una red de soporte familiar y de la comunidad.

Por lo mencionado, los servicios de salud mental están orientados a la participación activa de la familia y la comunidad, en el proceso de reinserción del usuario con trastornos mentales y/o problemas psicosociales. En este proceso tiene un rol activo la comunidad y la autoridad local en promover una comunidad saludable.

El Hospital "Víctor Larco Herrera" como Institución Especializada en salud mental y en cumplimiento de lo dispuesto en la normatividad actual elabora a partir del año 2016 el "*Plan Institucional de implementación del modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario*" que aplica ese mismo año en dos sectores del Distrito de Magdalena y en el 2017 -2018 se aplica en el distrito de San Miguel. Este año 2019 esperamos consolidar lo realizado en el año 2016 en el Distrito de Magdalena, en base a las nuevas normativas incorporadas los últimos años, por lo que repetiremos la estrategia en este distrito limeño de nuestra jurisdicción.





I. FINALIDAD

Disminuir la prevalencia de los trastornos mentales y problemas psicosociales en la población del Distrito de Magdalena a partir de la implementación del modelo de atención en Salud Mental con enfoque comunitario en el que se integra al individuo, familia y comunidad.

1.1 OBJETIVO

GENERAL

Implementar un modelo de atención en Salud Mental con enfoque integral y comunitario dirigido a la población del distrito de Magdalena, considerando las necesidades en la problemática de salud mental en la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer el marco regulatorio del proceso de implementación del Modelo de Atención en Salud Mental con Enfoque Comunitario.
2. Generar un abordaje integral de la salud mental con un enfoque comunitario en el distrito de Magdalena buscando articular el Hospital, el centro de salud, las organizaciones e instituciones de la comunidad impulsando un procedimiento sistémico.
3. Promover programas preventivos-promocionales en salud mental dirigidos a la población, para fortalecer los recursos de las organizaciones de la comunidad en la mejora de la calidad de vida en salud mental.

II. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan se aplicará en el Distrito de Magdalena, priorizando los sectores de mayor riesgo.





III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización. Establece que la salud pública es una de competencias exclusivas de los gobiernos regionales y una competencia compartida de los gobiernos locales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344, "Ley del Aseguramiento Universal en Salud".
- D. Leg. N° 1161. Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Supremo N° 0033-2015-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N°26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Decreto Supremo N° 077-2006-PCM, que aprueba las Disposiciones relativas al proceso de Transferencia de Gestión de la Atención Primaria de Salud a las Municipalidades Provinciales y Distritales.
- D.S. N° 011-2013-SA. Aprueba los perfiles para la percepción de la valorización priorizada por atención primaria de salud y atención especializada para los profesionales de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.
- Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental
- Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA. Aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020.
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA. Aprueba el documento técnico del Modelo de atención integral en la familia y la comunidad.
- Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA. Aprueba el Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos en el Marco de las Redes de los servicios de salud.
- Creación del nuevo Programa Presupuestal MEF-Control y Prevención En Salud Mental (PP 0131).
- Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de TELESALUD.
- Resolución Ministerial 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N°067-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud en Telesalud"
- Resolución Ministerial 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N 138-MINSA/2017/DGIESP. "Norma técnica de salud de centros de salud mental comunitarios".
- Resolución Ministerial 701/2018/MINSA, que aprueba NTS N 140-MINSA/2018/DGIESP. "Norma técnica de salud de Hogares protegidos".
- Resolución Ministerial 356 -2018/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan nacional de fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitario 2018-2021".





IV. DISPOSICIONES GENERALES

4.1 Aspectos Técnicos conceptuales:

4.1.1 ANTECEDENTES

4.1.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL:

La salud mental es parte integral de la salud, un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. ⁽⁴⁾

En 1974, el ministro canadiense Marc Lalonde, presenta el primer informe donde se destaca por primera vez que para mejorar la atención en salud es necesario contar con prácticas de prevención y promoción de la salud. En 1990, la Declaración de Caracas representa el punto de partida de la reforma de la atención psiquiátrica para los países miembros de la Organización Panamericana de Salud, en donde se menciona que la reestructuración de la atención psiquiátrica está ligada a la Atención Primaria de la Salud y además se permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad ³; quince años después la Declaración de Brasilia reitera la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos. ⁽⁵⁾ En el 2009 la Organización Panamericana de Salud emite el plan estratégico formal para la atención a la salud mental en la región de las Américas, este documento manifiesta dentro de sus 10 recomendaciones el promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental; ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud. ⁽⁶⁾

4.1.1.2 A NIVEL NACIONAL:

En el Perú, en el proceso de implementación con respecto a políticas y planes, en el 2004 se aprobaron los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental"

Incorporando la transformación de la atención de la salud mental hacia un modelo comunitario; y se manifiesta que los recursos humanos están poco capacitados para la atención en salud mental, están centralizados, no cuentan con el monitoreo para la aplicación de lo aprendido y rotan excesivamente. ⁽⁸⁾

En el 2006 se aprobó el "Plan Nacional de Salud Mental" en donde se resalta el "asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, en base a la reestructuración de servicios que prioricen la atención en la comunidad". ⁽⁹⁾





En el año 2011 se activó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud con esta decisión se fortalece la estrategia de atención primaria renovada con una esencia comunitaria. En el año 2012 con la promulgación de la Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842) se dictamina que la atención de la salud mental se realice en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial; que esta atención se dé "preferentemente" de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social. Del mismo modo se considera que el internamiento es un recurso terapéutico de naturaleza excepcional, para hacer viable la atención ambulatoria se garantiza "el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento, institucionalización y abandono". Se promoverá la instalación de redes comunitarias con equipos multidisciplinarios, el desarrollo de infraestructuras intermedias como centros de salud mental comunitarios, hospitales de día, residencias y programas dirigidos a las personas con trastornos mentales en situación de calle, el acceso universal y gratuito al tratamiento, la disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención, la incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud y finalmente, la desinstitucionalización de las personas con discapacidad que viven en los establecimientos.⁽¹⁰⁾

Estas nuevas estructuras descritas en el reglamento constituyen la red de atención comunitaria de salud mental, y tienen como finalidad vincular directamente los servicios de atención médica con la comunidad a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado con servicios de salud mental, centros de salud mental comunitarios (servicios





Especializados en salud mental); las unidades de hospitalización y las unidades de hospitales de día de salud mental y adicciones en los hospitales generales.

4.1.1.3 A NIVEL LOCAL:

El Hospital Víctor Larco Herrera, desde el año 1985 impulsa el desarrollo de actividades orientadas a promover y conservar la salud mental, durante los siguientes años hasta 1994 se desarrollaron actividades como: escuela de padres, detección de problemas de aprendizaje, charlas educativas dirigido a pacientes y familiares, orientación vocacional a los alumnos de los colegios Miguel Grau y San Martín y campañas de salud mental. De 1995 al 2001 se formó la Escuela Salud Mental dirigida a familiares y pacientes donde se realizó talleres de autoestima, estrés y adicciones; de igual forma se capacitó a promotores de salud de diferentes instituciones de acuerdo con la demanda. En el 2004 se desarrollaron campañas, escuela de salud mental, talleres con organizaciones de base de club de madres, talleres de autoestima en colegios. En el año 2005, a partir de la Resolución Ministerial N° 132-2005 MINSa, se inicia el funcionamiento de la Unidad de Salud Mental Comunitaria, siendo un área del Departamento de Consulta Externa. Durante ese año se elaboró una propuesta de intervención "Proyecto de Experiencia Demostrativa en Salud Mental Comunitaria", este proyecto no se implementó por falta de recursos. Durante el 2006 – 2009 se desarrollaron acciones teniendo como áreas de influencia a los distritos de Magdalena, San Miguel, Miraflores y la Región Callao, las actividades desarrolladas fueron atenciones en promoción, prevención, educación y campañas de salud mental en la comunidad. Durante los periodos 2009 - 2012 como Unidad de Salud Mental Comunitaria, trabaja teniendo en cuenta sus 4 líneas de acción, durante el 2013 hasta mediados del 2015 se trabaja en base al programa número 5. En este contexto, en el marco de la normativa vigente se viene ejecutando el acompañamiento clínico psicosocial desde junio del 2015 en nuestra institución, buscando fortalecer las capacidades en salud mental en el primer nivel de atención para mejorar el abordaje de la atención en salud mental, y buscando el trabajo de manera articulada y de forma interdisciplinaria.

El año 2016 el Hospital Víctor Larco Herrera por medio de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria ejecuta el Documento Técnico: Plan Institucional de

Implementación del modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario, aplicándose en el distrito de Magdalena del Mar y así poder reducir las brechas de atención en salud mental.

La implementación de este plan evidenció una mejor intervención a personas con trastornos mentales y problemas psicosociales, mejorando el soporte familiar y de la comunidad y así poder reducir las brechas de atención en salud mental.

En 2017 se trabajó el Modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario se efectuó en el distrito de San Miguel, incrementándose el abordaje para detección de estrés del cuidador, calidad de vida de los integrantes de la familia y estilos de vida saludable. Así como la psicoeducación sobre el estigma en cada visita domiciliaria. Por considerarse necesario la aceptación del paciente en su familia y ayudar así a su tratamiento y rehabilitación.

En el 2018 se trabajó en el mismo distrito de San Miguel con el fin de consolidar la implementación del enfoque comunitario con programas preventivo promocionales, basadas en la necesidad de la población y dirigidos a la comunidad, lo cual tuvo una buena acogida.





El Hospital Víctor Larco Herrera en el marco del modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental a través de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria considera necesario, para este año 2019, una intervención en el distrito de Magdalena, distrito al que pertenecemos como institución, con el fin de complementar lo realizado hace unos años, en consideración a las nuevas normativas en salud mental, incorporando en base a un diagnóstico comunitario el desarrollo de programas preventivo promocionales y fortalecer la sensibilización en el nuevo modelo en salud mental a nivel multidisciplinario e interinstitucional, dándole continuidad al acompañamiento clínico psicosocial.

5.1 Situación Actual del Distrito de Magdalena del Mar

5.1.1 Ubicación Geográfica

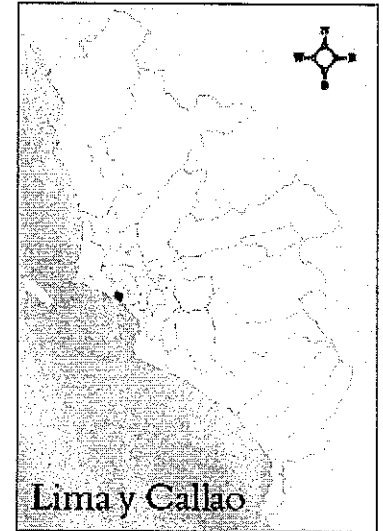
El Distrito de Magdalena del Mar es uno de los 43 distritos de la provincia de Lima, posee un área de 3.61 Km², se encuentra a una altitud de 58 m.s.n.m. 77° 04' 13" de latitud y 12° 05' 03" de longitud. Está localizado dentro del área consolidada de la ciudad, limita al norte con los distritos de Pueblo Libre y Jesús María, al este con San Isidro, al sur con el océano Pacífico y al oeste con San Miguel.





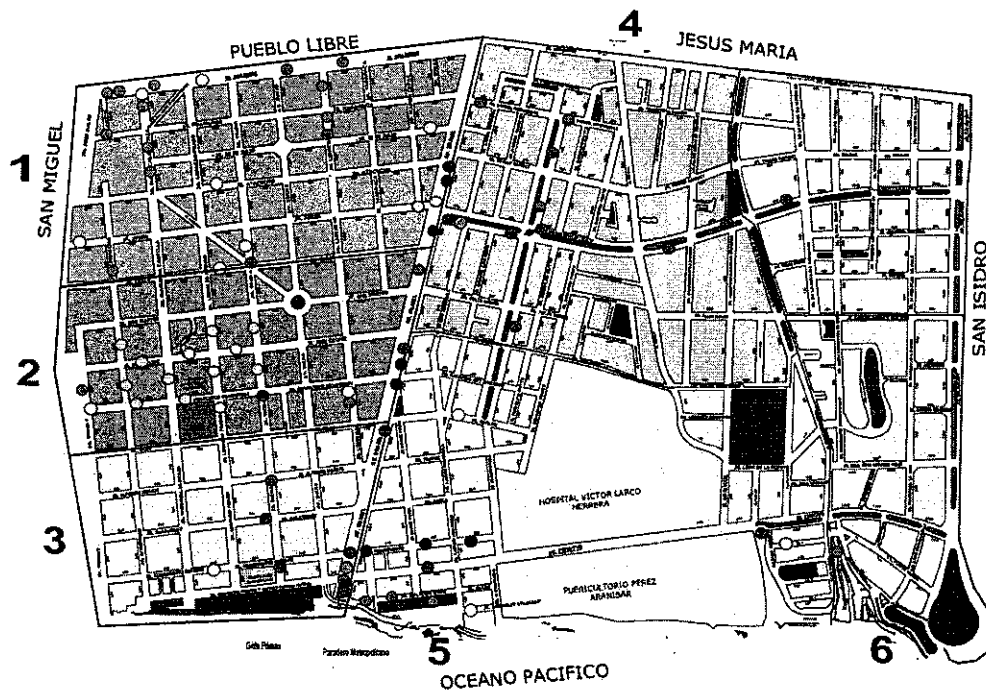
Tabla 1: Límites del Distrito de Magdalena del Mar

DISTRITO DE MAGDALENA DEL MAR		
Límites	Norte	Pueblo Libre y Jesús María
	Este	San Isidro
	Oeste	Océano Pacífico
	Sur	San Miguel
Área Territorial	3.61	km ²
Altitud	58	Msnm
Coordenadas	Latitud	77° 04' 13"
	Longitud	12° 05' 03"



El distrito de Magdalena del Mar cuenta con el C.S Materno Infantil Magdalena, ubicado en el Jr. Junín 322 en el mismo distrito y que junto a otros 24 Centros de Salud y 9 Puestos de Salud conforman la jurisdicción de la Red de Salud Lima Ciudad, atendiendo una población de un millón y medio de habitantes, que la hace una de las Redes más grandes de Lima. ⁽¹³⁾

Plano N° 1: Plano del Distrito de Magdalena del Mar





5.1.2 Características de la población

El año 2014 la población del distrito de Magdalena del Mar era de 54,566 habitantes, incrementándose para fines del año 2016 a 54,656 habitantes proyectadas con una tasa de crecimiento del 6% y además considerando que el distrito en los últimos años viene creciendo a consecuencia de las nuevas edificaciones multifamiliares.

Tabla 2: Nro. De Habitantes del Distrito de Magdalena del Mar⁽¹⁴⁾

Población del Distrito de Magdalena de Mar					
1972	1981	1993	2007	2014	2016
55886	55,535	48,963	50,764	54,566	54,656
Tasa de Crecimiento Intercensal					
Periodo Intercensal	1972	1981	-0.1	%	
	1981	1993	-1.3	%	
	1993	2007	0.3	%	
	2007	2014	1.2	%	
	2014	2016	1.3	%	





Tabla 3: Información sobre prevención social

A. EDUCACIÓN		
Instituciones educativas (públicas/ privadas)	TOTAL:	24/ 74
	Inicial	14/ 36
	Primaria	7/ 20
	Secundaria	3/ 18
Institución superior no universitaria	TOTAL:	12
	Públicas/ Privadas	3/9
Universidades	TOTAL:	0
	Publicas/ Privadas	0/0
B. SALUD (MINISTERIO DE SALUD)		
Hospital/ Institutos especializados		1/0
Centro de salud		1
Puesto de salud		0
Profesionales de salud		1 002
C. JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS		
Centro de conciliación gratuita		1
D. DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL		
Analfabetismo (%)		2,3
Desempleo urbano (%)		4,7
Brecha (%)	Monetaria	12,8
	Extrema monetaria	0,2
E. MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES		
Centro de emergencia mujer (CEM)		0
Defensoría del Niño y Adolescente (DNA)		1
Centro de Atención Residencial (CAR)		0
F. MUNICIPALIDAD (SEGURIDAD CIUDADANA)		
Serenos		194
Comisarías		
G. INFORMACIÓN SOBRE VICTIMIZACIÓN		
Población víctima de algún hecho delictivo (%)		27,8
Población víctima de un hecho delictivo, por tipo.	Victimas de robo de dinero, cartera o celular	13,4
	Víctima de estafa	7,7
Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud		23
Delitos contra el patrimonio		1 013
Total de accidentes de tránsito fatales		0
Homicidios		4,8
Feminicidios		0
Tentativa de feminicidio		0
H. INFORMACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD		
Percepción de inseguridad (%)		83,0

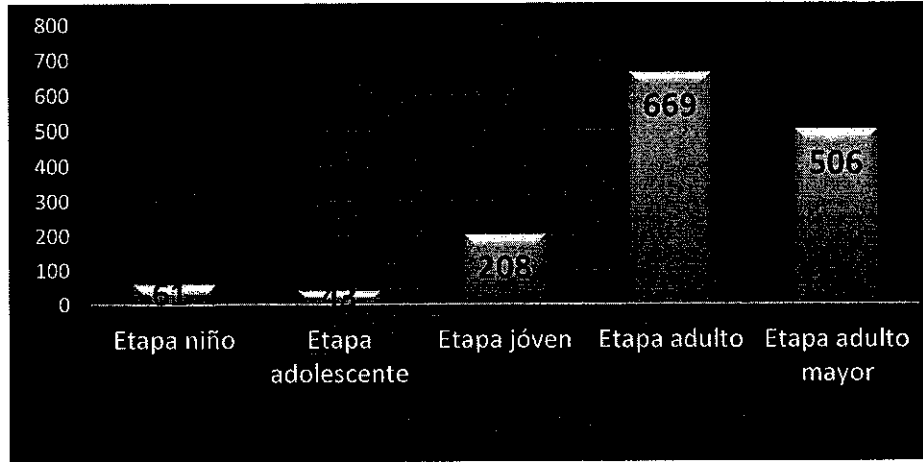




5.1.3 Situación de la Salud Mental

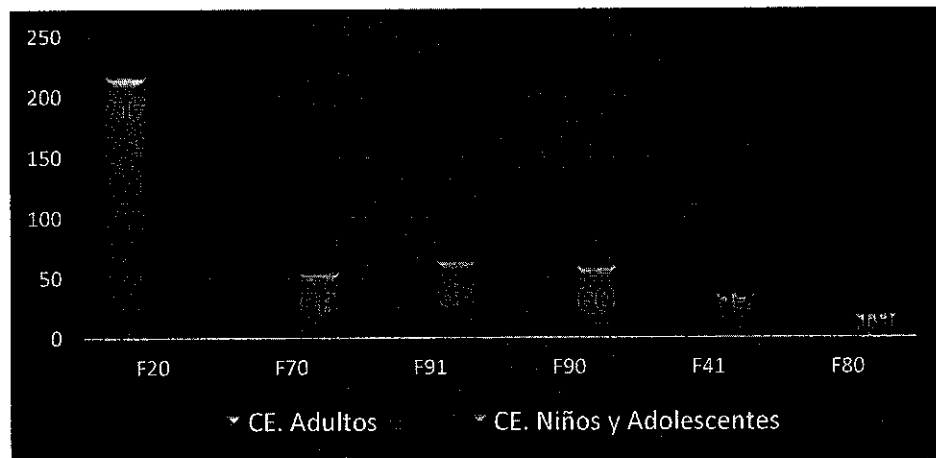
En el cuadro epidemiológico del CS.M.I Magdalena en el Distrito de Magdalena del Mar, se aprecia que dentro del CIE 10. Trastornos mentales y del Comportamiento tienen un total de 1 487 atenciones durante el año 2015, divididos en las diferentes etapas de vida:

Tabla N° 4: Atenciones del CS. Materno Magdalena durante el año 2015



En el año 2015, el CSMI Magdalena atendió un total de 1487 casos dentro de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, denominado por el CIE 10; 61 atenciones en la etapa niño, 43 en la etapa adolescente, 208 en la etapa joven, 669 en la etapa adulto y 506 atenciones en la etapa adulto mayor.

Tabla N° 5: N° de Referencias del CS. Materno Magdalena al HVLH - 2015¹⁶



Durante el año 2015, se atendieron en el Hospital Víctor Larco Herrera 454 referencias del CS. Materno Magdalena, 217 referencias en Consulta Externa Adultos y 237 referencias en la Consulta Externa de Niños y Adolescentes

Por otro lado, las estadísticas de nuestra institución nos indican que los diagnósticos que reportan la mayor cantidad de atenciones, son la Esquizofrenia, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad tal como figura en la tabla nro. 6. Sin embargo entre los pacientes nuevos atendidos en el 2018, son más significativos los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y el episodio depresivo.





Tabla N° 6: Atenciones en Salud mental según CIE 10 en Hospital Víctor Larco Herrera – 2018

CIE-10	Nombre Diagnóstico	Total
F200	ESQUIZOFRENIA	535
F412	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	240
F603	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	113
F411	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	94
F310	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	73
F320	EPISODIO DEPRESIVO	65
F321	EPISODIO DEPRESIVO	64
F330	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	63
F062	OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	61
F420	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	45
Otros diagnosticos		1065
Total general		2418

Tabla N° 7: Atendidos en Salud mental según CIE 10 en Hospital Víctor Larco Herrera – 2018

CIE-10	Nombre Diagnóstico	Total
F412	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	59
F200	ESQUIZOFRENIA	48
F320	EPISODIO DEPRESIVO	31
F411	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	28
F432	REACCION AL ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	27
F321	EPISODIO DEPRESIVO	21
F603	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	21
F410	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	14
F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	9
F609	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	9
Otros diagnosticos		516
Total general		783

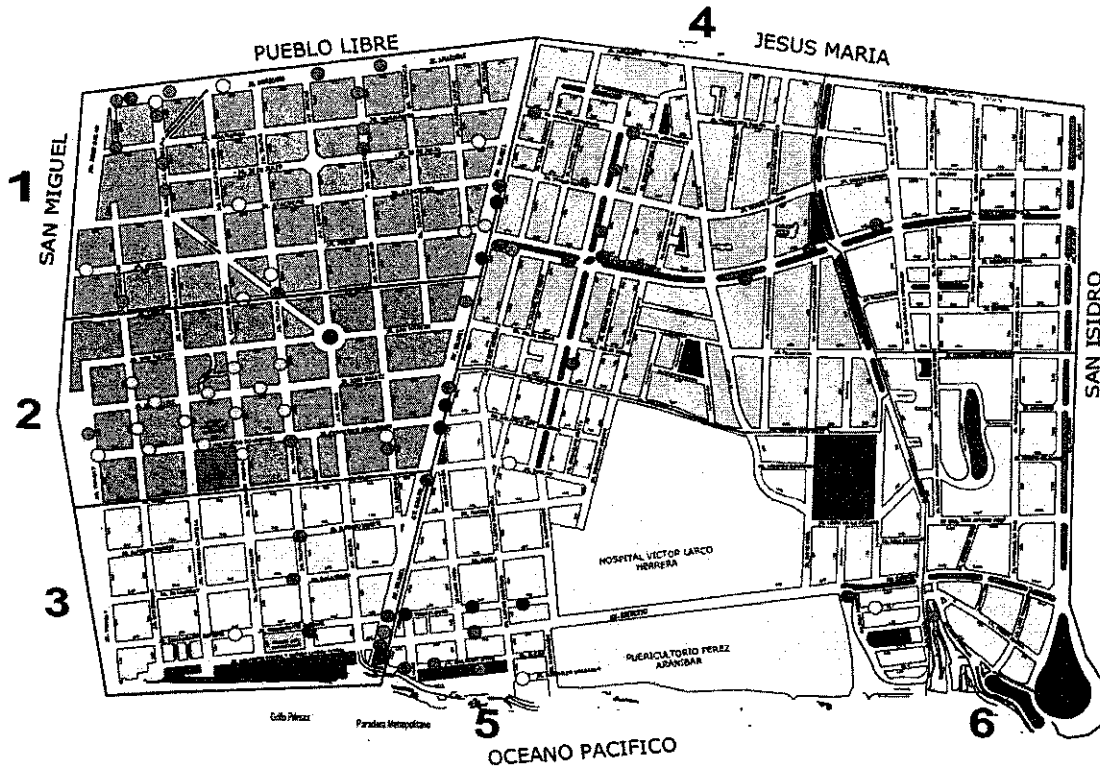




5.2 Descripción de Procesos

5.2.1 Sectorización del distrito

Plano 2: Sectorización de Municipalidad de Magdalena del Mar





SECTOR 1	CARACTERISTICAS DEL SECTOR
<p>Límites Geográficos: Norte : Distrito de Pueblo Libre Sur : Jr. Cusco Oeste: Jr. Jose Elias Este : Av. Brasil</p>	<p>Comprende la Zona urbana consolidada del distrito, zona comercial, y de servicios – Mercados de Magdalena, Banco de la Nación, Colegios Estatales, Privados y Particulares, donde también está ubicado el parque principal, además de la Iglesia Principal.</p>

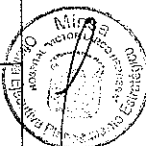
SECTOR 2	CARACTERISTICAS DEL SECTOR
<p>Límites Geográficos: Norte : Jr. Cusco Sur : Jr. Miguel Grau Oeste: Jr. José Elías Este : Av. Brasil</p>	<p>En este sector se encuentran ubicados la Comisaria de Magdalena, la Iglesia La cúpula, la pileta sucre, colegios Particulares y Estatales, la Huaca Huantille, Av. Sucre, esta última es una vía de alto tránsito vehicular.</p>

SECTOR 3	CARACTERISTICAS DEL SECTOR
<p>Límites Geográficos: Norte :Jr. Miguel Grau Sur :Océano Pacifico Oeste:Jr. José Elías Este : Av. Brasil</p>	<p>En este sector se encuentra nuestro local Municipal, la Comisaria de Medio Ambiente, la Biblioteca Municipal, el Hospital Víctor Larco Herrera, el Pericultorio Pérez Aranibar.</p>

SECTOR 4	CARACTERISTICAS DEL SECTOR
<p>Límites Geográficos: Norte :Av. Pershing Sur :Jr. Bolivar Oeste:Av.Brasil Este : Av. Juan de Aliaga</p>	<p>Agrupar la mayor cantidad de Edificios y condominios de hasta 12 pisos, compuesto también por locales comerciales y recreacionales, Zona de bancos y embajadas.</p>

SECTOR 5	CARACTERISTICAS DEL SECTOR
<p>Límites Geográficos: Norte :Av. Bolivar Sur :Océano Pacifico Oeste:Av.Brasil Este : Av. Antonio Miroquesada</p>	<p>En el sector se encuentra el Ministerio del Ambiente, el parque Juan Pablo II, Colegios particulares y Nacionales, zona comercial.</p>

SECTOR 6	CARACTERISTICAS DEL SECTOR
<p>Límites Geográficos: Norte Distrito de Jesús María Sur :Océano Pacifico Oeste:Av.Antonio Miroquesada Este : Av. Salaverry</p>	<p>En el sector se agrupa la mayor cantidad de zona comercial, el parque Jacarandá, compuesto también de zonas comerciales</p>



**5.2.2 Organizaciones sociales de base de la comunidad:**

- a) Las juntas vecinales de seguridad ciudadana, es el grupo de la población que le corresponde apoyar a sus autoridades en la medida de sus posibilidades, tales como organizaciones sociales de base, promovida por la Policía Nacional del Perú y la Municipalidad de Magdalena del Mar.

El principal mecanismo se materializa con la participación ciudadana de las Juntas Vecinales Comunes, teniendo el Distrito de Magdalena del Mar, las siguientes:

Las juntas vecinales cuentan con 25 coordinadores entre ellos:

ÍTEM	PRESIDENTES DE LAS JUNTAS VECINALES COMUNALES 2014 – 2016				
	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	DIRECCIÓN	JUNTA VECINAL	ZONA
1	Antonieta Gonzales toro	07745529	Jr. Ayacucho N° 236	JVC Judas Tadeo - 1	I – A
2	Cecilia Castro de Izcue	08228349	Juan Luxardo N° 170	JVC El Paraíso de Magdalena	VI – F

La comisaría de Magdalena del Mar, cuenta con 35 Coordinadores Zonales entre ellos:

RELACIÓN NOMINAL DE LOS COORDINADORES ZONALES DE LAS JUNTAS VECINALES								
COMISARÍA PNP DE MAGDALENA DEL MAR								
N°	ZONA	CARGO	APELLIDOS		NOMBRES	DNI	DOMICILIO	TELÉFONO
			PATERNO	MATERNO				FIJO/CEL
1	I	Coord. Distrita I	Pinillos	Gallardo	Víctor Manuel	07715962	Jr. Sucre N° 189	956744114
2	XVI	Coord. JJVV	Trinidad	Gozar	Maximiliano	08260660	A Yabar Mz- A Lt. 44	998496895

- b) Comité Vaso de Leche y Asistencia Alimentaria

Los comités del vaso de leche benefician a los niños de 0 a 6 años, madres gestantes en periodo de Lactancia, así mismo, en la medida en que se cumple con la atención a la población antes mencionada, se mantiene la atención a los niños de 7 a 13 años, ancianos y afectados por tuberculosis.

El programa es canalizado a través del comité de Organización Social de Base, entre ellos.

N°	ORG. SOCIAL DE BASE	NOMBRE	UBICACIÓN	BENEF.	PERSONA ENCARGADA
1	Comedor popular	Corazón de María	Av. Sucre N° 1300	50	Sra. Carmen Teresa Vicuña Cuya
6	Programa de Vaso de Leche	Comité La Esperanza	Av. Sucre N° 1300	30	Sra. Marisa Inga



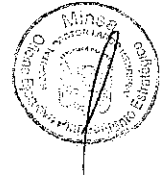


5.2.3 Matriz de Plan Institucional

Objetivo General: Implementar un modelo de atención en Salud Mental con enfoque integral y comunitario dirigido a la población del distrito de Magdalena, considerando las necesidades en la problemática de salud mental en la comunidad.

Objetivo Específico 1: Fortalecer el marco regulatorio del proceso de implementación del modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario.

N°	ACTIVIDADES	UM	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
				I	II	III	IV
1.	Elaboración y aprobación del plan institucional de implementación del modelo de atención con enfoque comunitario que establezca el flujo de procesos intra y extra-hospitalarios del usuario.	Documento	Dirección ejecutiva. UFSMC	X			
2.	Fortalecimiento de las competencias del personal en Salud del departamento de adultos en el modelo de atención comunitaria.	Personal Capacitado	UFSMC	X	X		





Objetivo específico 2: Generar un abordaje integral de la salud mental con enfoque comunitario en el distrito de Magdalena, articulando los establecimientos de salud, la municipalidad, las organizaciones e instituciones de la comunidad y realizando la continuidad de las fortalezas brindadas con el acompañamiento clínico psicosocial.

Nº	ACTIVIDADES	UM	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
				I	II	III	IV
1.	Identificación de la red de servicios de salud mental integrada a los servicios de salud mental general.	Registro sistematizado	Equipo de SMC		X		
2.	Realizar la sectorización, identificando los sectores de mayor riesgo en la problemática de salud mental.	Registros estadísticos	Equipo de SMC		X		
3.	Reuniones de trabajo con las autoridades del centro de salud, municipalidad, organizaciones e instituciones del distrito para identificar el actual abordaje multidisciplinario e interinstitucional de la salud mental.	Visita institucional	Equipo de SMC		X	X	
4.	Socializar de forma interinstitucional, el enfoque comunitario de salud mental y fortalecer en el establecimiento de salud el uso de herramientas en salud mental (tamizajes, guía de intervención mhGAP.)	Evento de capacitación	Equipo de SMC		X	X	X
	Fortalecer las capacidades de agentes comunitarios en salud mental	Sesiones	Equipo de SMC	X	X	X	X





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Objetivo específico 3: Promover programas preventivos-promocionales en salud mental en el distrito, en base a un diagnóstico comunitario, considerando los problemas de salud mental priorizados en la población.

N°	ACTIVIDADES	UM	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
				I	II	III	IV
1.	Identificación de los problemas de salud mental priorizados	Registro estadísticos. Encuestas.	Equipo de SMC	X			
2.	Identificación de los actores sociales públicos y privados de la comunidad.	Visita institucional	Equipo de SMC		X		
3.	Reuniones de sensibilización, difusión y compromisos con responsables de Salud Mental y promoción de la salud en Instituciones, organizaciones y líderes sociales para el desarrollo del plan.	Reunión intersectorial. Actas.	Equipo de SMC		X	X	
4.	Personas que participan en actividades y/o programas preventivo – promocional de la comunidad.	Persona registrada	Equipo de SMC		X	X	X
	Campaña de salud mental en el sector de alto riesgo	Campaña	Equipo de smc				X





5.3 Metodología

La metodología por seguir será diseñada para lograr la calidad de atención con enfoque comunitario. Este proceso será el siguiente:

5.3.1 Diagnóstico comunitario

5.3.1.1 Registro de usuarios nuevos y diagnósticos

Usuarios nuevos del año anterior del distrito de Magdalena en el Hospital Víctor Larco Herrera, identificación de los principales problemas de salud mental detectados.

5.3.1.2 Encuesta en la población

Como parte del diagnóstico comunitario se llevará una encuesta a la población, organizaciones base y actores sociales para considerar la opinión que tienen de los principales problemas de salud mental y los factores psicosociales que aquejan a su comunidad con el fin de un abordaje más integral

5.3.1.3 Sectorización de problemas priorizados

Los principales problemas detectados serán distribuidos según la sectorización del distrito de San Miguel, sectorización realizada según su municipalidad. Para luego identificar el sector que tiene mayor cantidad de estos casos, siendo dicho sector el priorizado para el desarrollo de las intervenciones con enfoque comunitario. Para ello es necesario:

- Realizar una adecuada base de datos en donde se incluye datos sociodemográficos, diagnóstico y dirección.
- Obtener Mapa de sectorización de la Municipalidad del Distrito de San Miguel.
- Según la dirección que se obtiene de la base de datos se ubican los casos según sector.
- Priorización del problema de salud mental más frecuente para la realización de las actividades preventivo promocional.

5.4.2 Abordaje comunitario

Se realiza una primera identificación de la situación de salud mental del distrito y la articulación de la red de salud.

Se realizan las visitas interinstitucionales con el fin de sensibilizar en el modelo de salud mental comunitaria.

Se realizan las visitas en el centro para continuar la socialización del enfoque comunitario

Se determina un plan para aumentar la cobertura de dichas necesidades de la población mediante los programas preventivos promocionales.

5.4 Meta

La realización del 80% de las actividades programadas en el presente plan de implementación con enfoque comunitario en el distrito de Magdalena.





5.5 Presupuesto

RECURSOS PROPIOS DE LA UFSMC HVLH

- RECURSOS HUMANOS

RRHH	
Psiquiatra	01
Psicólogo	05
Trabajadora Social	02
Enfermero	01

- RECURSOS MATERIALES

Recursos materiales	Cantidad
Equipo de Cómputo	01 unid.
Retroproyectores	01 unid.
Toner impresora negro (78 ^a)	05 unid.
copias	05 mill
Archivadores de palanca	10 unid
Tablero plástico oficio	06 unid
Plumones gruesos (cajas)	5 unid
Plumones pizarra (cajas)	3 unid
Papelografos	100 unid
Hojas bond A4 (paquete)	20 unid
Folder manilla A4 (paquete)	10 unid
FASTER (CAJAS)	2 unid
Bolígrafos azul (cajas)	5 unid
Nota autoadhesiva (pos it)	20 unid
Tripticos	05 mill.
Cinta de embalaje	4 unid
Cola sintética	5 unid
Grapas de metal(caja)	5 unid
Chinches (caja)	5 unid
limpiatipo	4 unid
vinifan	5 unid
Binder clip	10 unid
Movilidad local	01 unid.





5.6 Monitoreo y Evaluación

Es el procedimiento mediante el cual se realizará el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados, el grado de cumplimiento de las metas.

El análisis incluirá el grado de cumplimiento de las actividades con la calidad de los procesos desarrollados, asociados al nivel de logro en relación al objetivo, resultados esperados previstos y los presupuestos ejecutados. Se incorporará también en el análisis, las barreras y nudos críticos identificados, así como las fortalezas y factores de relevancia alcanzados e indicadores para convertir las acciones realizadas en buenas prácticas de salud mental.

VI. RESPONSABILIDAD

Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera





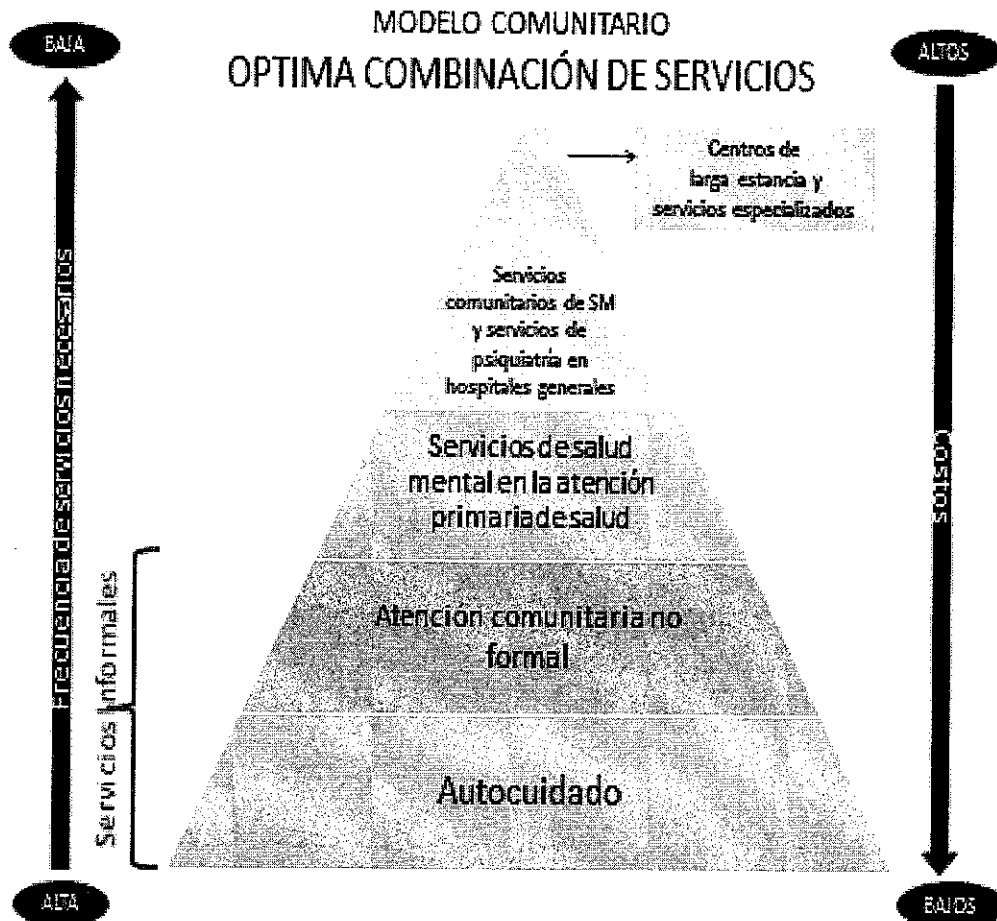
VII. ANEXOS





ANEXO 1

MODELO COMUNITARIO-ÓPTIMA COMBINACIÓN DE SERVICIOS



FUENTE: The optimal mix of services.DMS 2007

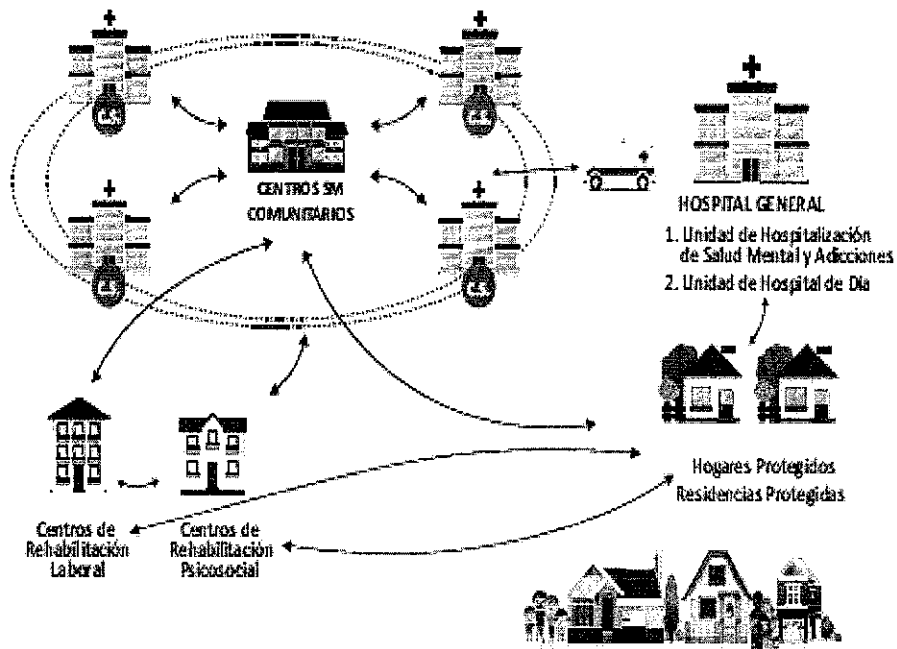




ANEXO 2

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL INTEGRADA A LOS SERVICIOS DE SALUD GENERAL

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL INTEGRADA A LOS SERVICIOS DE SALUD GENERAL



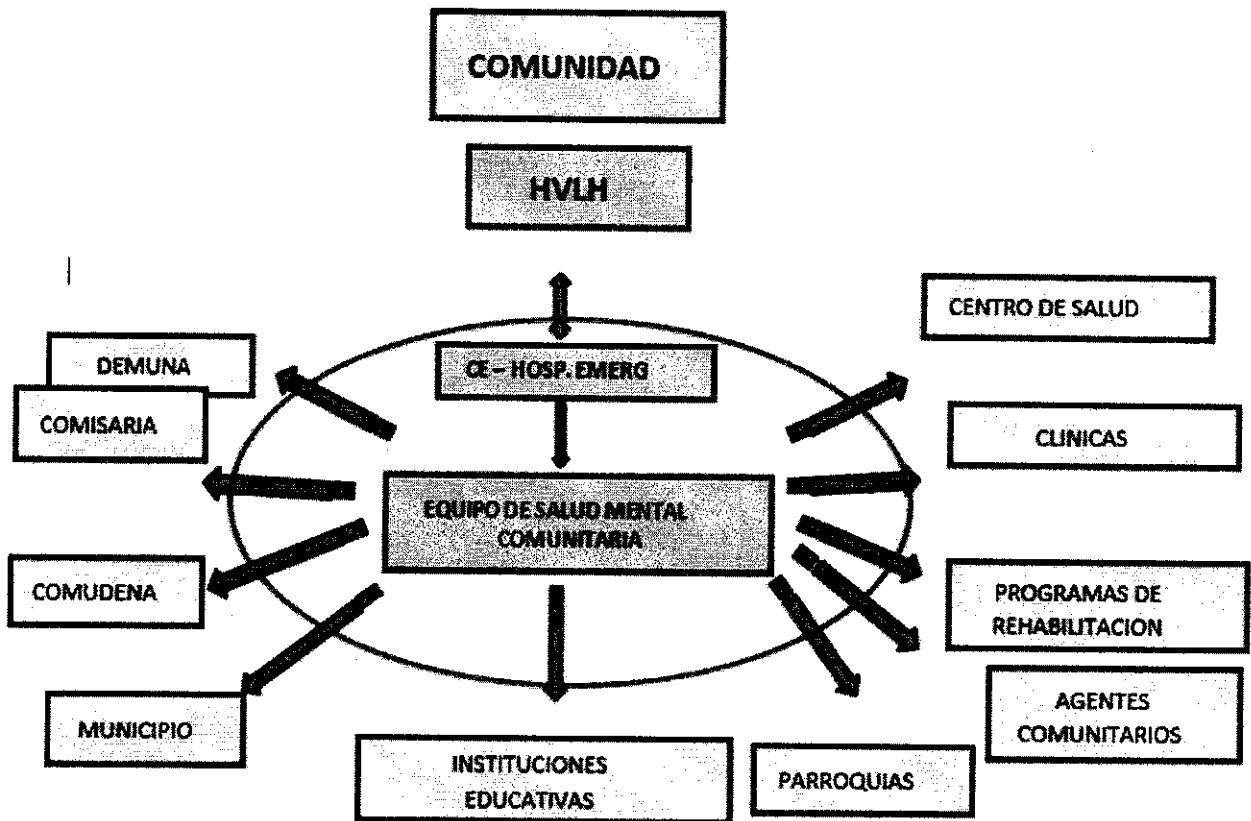
Elaborado: Equipo Técnico de la DSM, 2016





ANEXO 3

REDES SOCIALES DE LA COMUNIDAD EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES





ANEXO 4

ENCUESTA

EL OBJETIVO DE LA PRESENTE ENCUESTA ES DETECTAR LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN TU DISTRITO/COMUNIDAD CON EL FIN DE ABORDARLOS ADECUADAMENTE Y PARA ELLO, NECESITAMOS TU AYUDA.

ESTA ENCUESTA ES ANÓNIMA Y NO IMPLICA NINGÚN TIPO DE COMPROMISO POSTERIOR.

1. ¿CUÁL/ES CONSIDERAS QUE ES/SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE EXISTEN EN TU COMUNIDAD?

Problemas relacionados a:

- a) Violencia
- b) Conflictos familiares
- c) Depresión
- d) Estrés y nerviosismo
- e) Consumos de alcohol y drogas
- f) Estigma y discriminación

OTROS :

2. ¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENEN EN TU COMUNIDAD ESTE/ESTOS PROBLEMAS?



3. ¿SABES A DÓNDE ACUDIR ANTE ESTE /ESTOS PROBLEMAS? MENCIONALOS



ANEXO 5

FICHA INSTITUCIONAL DE RECURSOS SOCIALES

FICHA INSTITUCIONAL DE RECURSOS SOCIALES	
I. DATOS DGENERALES DE LA INSTITUCION:	
1.1	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
1.2	DEPENDENCIA
1.3	DIRECCION
1.4	TELEFONO
1.5	CORREO ELECTRONICO
1.6	PAGINA WEB
1.7	RESPONSABLE
II. ORGANIZACIÓN:	
2.1	OBJETIVO INSTITUCIONAL
2.2	SERVICIOS QUE PROPORCIONA
III. OBSERVACIONES:	
IV. FECHA:	
FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL	FIRMA DEL RESPONSABLE INSTITUCIONAL





ANEXO 6

FICHA DE TAMIZAJE -VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

RED: MR: ESTABLECIMIENTO:
SERVICIO: [] Emergencia [] Pediatría [] Gineco - obstetricia [] CRED [] Otros
NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:
EDAD: SEXO: [] Masculino [] Femenino
DIRECCION:

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema. por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto (a):

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

Si [] No []

¿Quién?

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente?
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Si [] No []

Marque con aspa (x), todos los indicadores del maltrato que observe...

- Físico: [] Hematomas, contusiones inexplicables. [] Cicatrices, quemaduras. [] Fracturas inexplicables. [] Marca de mordeduras. [] Lesiones de vulva, perineo, recto, etc. [] Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. [] Quejas crónicas sin causa física: cefalea problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño). [] Problemas con apetito. [] Enuresis. (niños)
Psicológico: [] Extrema falta de confianza en sí mismo. [] Tristeza, depresión o angustia.
Retraimiento. [] Llanto frecuente. [] Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. [] Demandas excesivas de atención. [] Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. [] Tartamudeo. [] Temor a los padres o de llegar al hogar. [] Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. [] Ausentismo escolar. [] Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. [] Bajo rendimiento académico. [] Aislamiento de personas.
Sexuales: [] Intento de suicidio. [] Uso alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.
Negligencia: [] Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. [] No vacunas o atención de salud. [] Accident. o enf. muy frecuentes. [] Descuido en higiene y aseo. [] Falta de estimulación del desarrollo. [] Fatiga, sueño, hambre.

FECHA: DERIVADO POR: FIRMA:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO:





ANEXO 7

CUESTIONARIO SRQ -TRASTORNOS DEPRESIVOS

CUESTIONARIO DE SINTOMAS S.Q.R. - 18 DETECCIÓN DE TRANSTORNOS DEPRESIVOS

Fecha: Entrevistador:

Establecimiento:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F H.C.ó F.F.:

Dirección:

Motivo de consulta:

.....
.....
.....

- 1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? SI NO
- 2. ¿Tiene mal apetito? SI NO
- 3. ¿Duerme mal? SI NO
- 4. ¿Se asusta con facilidad? SI NO
- 5. ¿Sufre de temblor en las manos? SI NO
- 6. ¿Se siente nervioso o tenso? SI NO
- 7. ¿Sufre de mala digestión? SI NO
- 8. ¿Es incapaz de pensar co claridad? SI NO
- 9. ¿Se siente triste ? SI NO
- 10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia ? SI NO
- 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? SI NO
- 12. ¿Tiene dificultad en tomar decisiones? SI NO
- 13. ¿Tiene dificultad de hacer su trabajo?
¿Su trabajo se ha visto afectado? SI NO
- 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? SI NO
- 15. ¿Ha perdido el interés en las cosas? SI NO
- 16. ¿Se siente aburrido? SI NO
- 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? SI NO
- 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? SI NO

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18:





- | | | | |
|--|----|----|--------------------------|
| 19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Ha notado indiferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no puedan oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas: con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Ha tenido alguna vez dificultad en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene varias partes. Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros. 9 o mas respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considerado un "caso".

Las preguntas 19 o 22 son indicativas de un trastorno psicótico: una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determinan un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las 3, indican que efectivamente se trata de un "caso"





ANEXO 8

CUESTIONARIO CAGE Y AUDIT



CUESTIONARIO CAGE

PREGUNTA	SI	NO
1.- ¿Ha sentido en algún momento que debería disminuir el consumo de bebidas alcohólicas?		
2.- ¿Le ha molestado la gente en alguna ocasión al criticar su costumbre de beber?		
3.- ¿Se ha sentido mal o culpable en alguna ocasión por beber?		
4.- ¿Ha tomado en alguna ocasión una bebida alcohólica por la mañana para tranquilizarse o quitarse la resaca?		

Dos respuestas positivas, o más, indican hacer una investigación más profunda.

CUESTIONARIO AUDIT

(Test de identificación de Desórdenes por el Uso de Alcohol)

Marque el número que se acerque más a la respuesta del paciente.

PREGUNTA

¿Te has embriago bebiendo alcohol con tu grupo de amigos?

SI () NO ()

PREGUNTA	0	1	2	3	4
¿Con cuánta frecuencia toma Ud. licor?	NUNCA	1 vez al mes ó menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 ó más veces a la semana
¿Cuántos tragos que contienen alcohol bebe Ud. en un día en que esta tomando?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 u 8	10 ó más
¿Cuántas veces toma Ud. 6 ó más tragos?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diario ó casi diario
¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diario ó casi diario
¿Cuántas veces durante el último año, no ha podido hacer lo que se esperaba de ud. debido a la bebida?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diario ó casi diario
¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diario ó casi diario
¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diario ó casi diario
¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior porque estuvo bebiendo?	NUNCA	Menos de 1 vez al mes	1 vez al mes	1 vez a la semana	Diario ó casi diario
¿Ud. o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	NO		Sí pero no durante el año pasado		Sí, durante el año pasado
¿Algún familiar, amigo, médico u otro personal de salud, se ha preocupado de que ud. este bebiendo mucho, le ha sugerido que debería dejar de beber?	NO		Sí, pero no durante el año pasado		Sí durante el año pasado

Puntaje 6 o más consumo perjudicial.

Los ítem 1, 2, 3, juntos (o ausencia de puntos elevados en otros ítem) consumo peligroso.

Puntajes elevados del 4 al 6 indica presencia o emergencia de dependencia al alcohol.

Una puntuación alta en los ítem 7, 8, 9, 10, indica un consumo perjudicial de alcohol.





-BIBLIOGRAFÍA

1. SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL PERÚ Pag 20-21. DISPONIBLE EN:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_Salud_Mental_Comunitaria_Per%C3%BA.pdf
2. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. DIAGNOSTICO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL. DISPONIBLE EN: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DISPONIBLE EN:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
4. Organización Mundial de Salud. Salud mental: un estado de bienestar. 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
5. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Principios de Brasilia. 2005.
6. Organización Panamericana de Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington. 2009.
7. Bojórquez E., Chacón O, Rivera G., Donadio G., Stucchi S., Sihuas C. y cols. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. Acta Med Per 29(1), 2012.
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos para la acción en salud mental. Perú, 2004.
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Perú, 2006.
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción en Salud Mental para la Implementación del Reglamento de la Ley N°29889 Ley que modifica el Artículo N°11 De la Ley General De Salud (Versión Preliminar).
11. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.2015.
12. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
13. Municipalidad distrital de Magdalena del Mar (2016). Plan Distrital de Seguridad ciudadana de Magdalena del Mar (2016) .Recuperado https://www.seguridadidl.org.pe/sites/default/files/archivos/planes_locales/plan-local-seguridad-ciudadana-magdalena-del-mar.pdf
14. Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI).2016. Perú: Línea Base de los Principales Indicadores Disponibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1429/ind_ex.html

