



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 063 -2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 26 de Marzo de 2018

Visto; la Nota Informativa N° 036-2018-UFSMC-HVLH/MINSA, emitida por el Responsable de la Unidad de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del "Víctor Larco Herrera";

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Salud, como Órgano Rector del Sector Salud conduce, regular y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respecto de los derechos fundamentales de la persona;

Que, la Ley 29889 – Ley que modifica el artículo 11° de la Ley 26842 – Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. La atención de la salud mental se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial; siendo que la salud mental se realiza preferentemente de manera ambulatoria, dentro del entorno familiar, comunitario y social;

Que, el artículo 53° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, establece que el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, es la unidad orgánica encargada de brindar atención de Consulta Externa a los pacientes que lo requieren y promoción de la salud mental de los pacientes y sus familias y tiene asignado entre sus objetivos funcionales, ejecutar actividades programadas de carácter psicoeducativo, para los pacientes, sus familias, y por extensión a la comunidad en coordinación con la Dirección de la Red de Salud respectiva; así como ejecutar las intervenciones que permitan afrontar los deterioros, las discapacidades y las minusvalías de los pacientes en coordinación con la familia, la comunidad, y los actores sociales;

Con la finalidad de contribuir a mejorar la salud mental de la población, fortaleciendo las competencias, destrezas, prácticas y capacidad de respuesta del equipo acompañante para la adecuada ejecución del ACP a los equipos interdisciplinarios de atención primaria, en el marco del abordaje comunitario, y; además, con la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales a través del fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud de los establecimientos de la salud priorizados y según las patologías de salud mental priorizadas institucionales para la mejora de la gestión en salud mental y procesos de atención clínica bajo la modalidad del acompañamiento clínico psicosocial; La Unidad Funcional de Salud mental Comunitaria del Departamento de Consulta Externa y Salud mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera; ha elaborado los Documentos Técnicos denominados:

- Plan de Fortalecimiento de Competencias en Base a la Metodología de "Acompañamiento Clínico Psicosocial" y
- Plan de Entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la Aplicación de la Metodología "Acompañamiento Clínico Psicosocial";

Que, mediante documento del Visto, la Coordinadora de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera, solicita la aprobación del Plan de Fortalecimiento de Competencias en Base a la Metodología de "Acompañamiento Clínico Psicosocial" y el Plan de Entrenamiento de Facilitadores para la Capacitación de Equipos de la Salud en la Aplicación de la Metodología



"Acompañamiento Clínico Psicosocial"; los mismos que han sido revisado por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y cuenta con su opinión favorable a través de la Nota Informativa N° 048-2018-OEPE/HVLH;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a los informado por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera", y,

Con el Visto bueno del Jefe del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico 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 Documentos Técnicos Denominados:

- **PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EN BASE A LA METODOLOGIA DE "ACOMPañAMIENTO CLINICO PSICOSOCIAL"**, del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto a folios (44) incluido 02 anexos, forma parte integrante de la presente Resolución.
- **PLAN DE ENTRENAMIENTO DE FACILITADORES PARA LA CAPACITACION DE EQUIPOS DE LA SALUD EN LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGIA "ACOMPañAMIENTO CLÍNICO PSICOSOCIAL"** del Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (90) incluido 20 anexos, 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 e implementación 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 Victor Larco Herrera

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

EMRC/JRCR/MYRV/aesg.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo



**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 2018



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- I. **FINALIDAD**
- II. **II. OBJETIVO**
 - 2.1 Objetivo General
 - 2.2 Objetivo Específicos
- III. **BASE LEGAL**
- IV. **AMBITO DE APLICACIÓN**
 - 4.1 Población Objetivo.
- V. **CONTENIDO**
 - 5.1 Antecedentes
 - 5.2 Situación actual de la salud mental en el Perú
 - 5.3 Diagnóstico de necesidades de competencias: Identificación de brechas
 - 5.4 Competencias a fortalecer, siguiendo la Metodología "Acompañamiento clínico-psicosocial"
 - 5.5 Disposiciones Generales
 - 5.5.1 Definiciones operacionales
 - 5.6 Disposiciones Especificas
 - 5.6.1 De la Metodología del Acompañamiento
 - 5.7 Descripción de procesos
 - 5.8 Recursos Necesarios
 - 5.9 Presupuesto
 - 5.10 Indicadores
 - 5.11 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 PpR131, 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 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, el cual compromete al Hospital Víctor Larco Herrera a ejecutar las acciones en los departamentos de Piura, Cajamarca, Ayacucho, Lima rural (Red Chilca – Mala) y Lima urbana, 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.

II. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

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

2.2 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 región para mejorarla 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

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"

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será aplicado en los establecimientos seleccionados de los gobiernos regionales de Piura, Cajamarca, Ayacucho, Lima región (Chilca-Mala) y en los Establecimientos de Salud Lima.

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

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCONCENTRADO	EE.SS.	CATEGORÍA	
PIURA	RED PIURA	Microrred Piura	Por determinar	I-3
		Hospital de General Piura		II-2
CAJAMARCA	RED JAEN	Jaén	Por determinar	I-3
		Hospital General de Jaén		II-2
AYACUCHO	RED HUANTA	Microrred Huanta	Por determinar	I-3
		Hospital de apoyo de Huanta		III-1
LIMA	RED CHILCA-MALA	Microrred Chilca	CS Chilca	I-3
		Hospital Regional Rezola de Cañete		II-2
	DIRIS CENTRO	C.S. Lince y San Isidro		I-3
		Hospital Santa Rosa		II-2

Fuente: UFSMC-HVLH





4.1 Población Objetivo

- Autoridades de DIRESA, DRS:
 - 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.

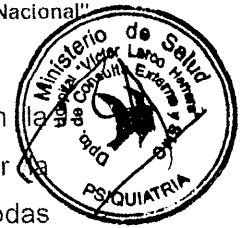
V. CONTENIDO

5.1 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 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 desinstitutionalización 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 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 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 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", 34% psicólogos, 28% enfermeros, el 7% trabajadoras sociales, 28% técnicos de enfermería y 28 capacitados del C.S. de la Micro Red Tambo grande, siendo, 36% enfermeros, 7% técnicos de enfermería, el 21% obstetras, 11% médicos y el 21% psicólogos.

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.

5.2 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, incluyendo Ayacucho donde la brecha se extiende al área urbana y en promedio una de cada 10 personas que requieren tratamiento accede a servicios de salud mental.





Tabla. N°3. Brechas en salud mental por departamentos priorizados, 2014

ZONA	BRECHA
Ayacucho	92.5%
Cajamarca Rural	91.4%
Lima Rural Sur	88.9%
Ayacucho Rural	87.1%
Cajamarca	85.4%
Piura	85.1%
Lima	75.7%

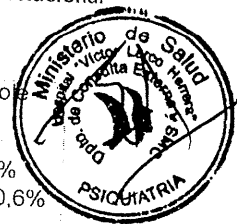
Fuente: Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Acceso de la población a la Atención Integral de Salud Mental. 2014.

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, la potencialidad suicida actual es 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	Anual 3,2%	Anual 3,0%
CIE 10	(12meses) E. Depresivo 6,2% D. Alcohol 2,5% Fobia Social 0,9% TAG 0,7% TEPT 0,1%	(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, la de ansiedad en general es mayor en la sierra y la de trastornos depresivos predomina 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)	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.

Las áreas en donde se realizará el acompañamiento clínico psicosocial se observa que el departamento de Ayacucho es donde se presenta mayor población que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental, alta prevalencia de ansiedad, depresión y consumo de sustancias; es puede ser como efecto de la violencia política en donde dos tercios de la población encuestada tuvo algún tipo de pérdida y la mitad de la población perdió





algún familiar, se observa que la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico en las personas que han perdido algún familiar se eleva considerablemente (50%) con relación a la prevalencia de toda la población.¹⁶ En cuanto a la principal trastorno psiquiátrico se observa que los trastornos de ansiedad predominan en Ayacucho, Lima Rural y los trastornos depresivos en Cajamarca, Piura y Lima Cono Sur. En cuanto a la prevalencia de abuso o dependencia de alcohol Ayacucho está en primer lugar, siguiéndole Cajamarca, Piura, Lima Rural Sur, Lima Cono norte.

Tabla 6. Trastornos psiquiátricos por ámbito de aplicación:

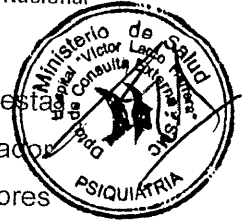
	Ayacucho ¹⁶ (Carmen Alto)	Cajamarca ¹⁶ (Baños del Inca)	Piura ¹⁸	Lima Rural Sur (Chilca-Mala) ¹⁹	Lima Cono Sur (SJM-VMT) ¹²
Prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico	De vida 50,6% Actual 21,2%	De vida 28,3% Actual 13,5%	De vida 27,9% Actual 13,9%	De vida 31,6% Actual 9,4%	De vida 28,3% Actual 7%
Prevalencia de trastorno de ansiedad en general	De vida 33,7% Actual 5,1%	De vida 10,2% Actual 1,8%	De vida 7,6% Actual 1,7%	De vida 18% Actual 3,5%	De vida 10,2% Actual 1,3%
Prevalencia de trastorno depresivos en general	De vida 21,5% Actual 3,0%	De vida 15,4% Actual 4,2%	De vida 15,4% Actual 1,7%	De vida 17,4% Actual 2%	De vida 19,9% Actual 2,7%
Prevalencia anual de abuso o dependencia de alcohol	15,0%	8,0%	10%	5,5%	2,1%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM; 2003, 2006, 2008, 2012.

5.3 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



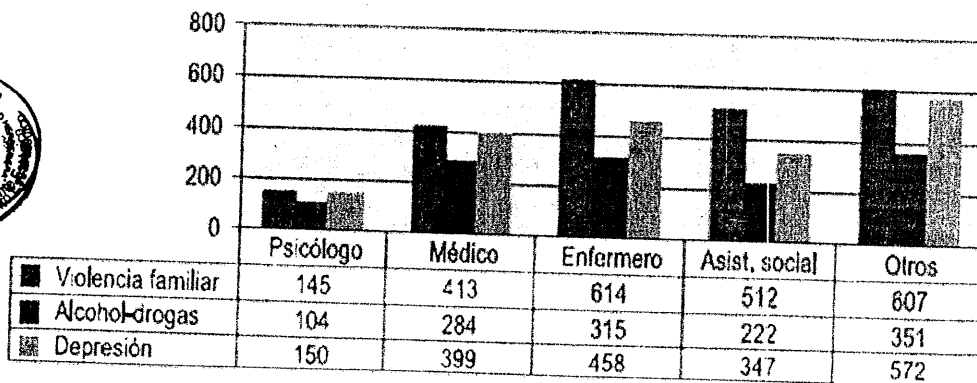


de salud mental para médicos es Cuba con un 49%, en el otro extremo está Uruguay con 0%; otros países son Bolivia con 6%, Brasil 5%, Ecuador 13%, Chile 23%, Perú no registra datos. En enfermería las mejores puntuaciones lo tiene Monserrat con 86%, en el otro extremo esta Uruguay y Paraguay con 0% ; otros 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.

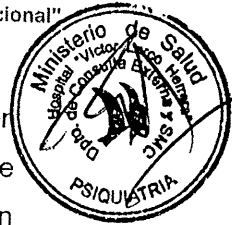
El rol de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es bastante limitado. La capacitación y/o formación (de pre-grado y post-grado) en temas de salud mental que recibe el personal de atención primaria en salud (profesionales médicos, enfermeros, entre otros) es escasa. Como consecuencia la 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.²⁰

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.



Nuestra institución recolectó información sobre las capacitaciones en salud mental en los últimos 5 años en los profesionales del primer nivel de atención, se observa que los profesionales en general de la región Ayacucho tienen mayores capacitaciones en temas de salud mental; por área profesional los psicólogos que trabajan en atención primaria son los que más capacitaciones tienen en salud mental.

Tabla N°7. Porcentaje de profesionales de atención primaria que recibieron capacitación en salud mental en los últimos 5 años, por microrredes de salud, 2015.

Regiones, Diresas, Redes		Médicos %	Psicólogos %	Trabajadores Sociales %	Enfermeros %	Obstetras %
Piura	Microrred Bellavista Red Sullana	--	--	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacútec Red Cajamarca II	100%	100%	--	0%	37.5%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto Red Huamanga	100%	100%	50%	100%	0%
Lima	Microrred Mala Red Chilca-Mala	33.3%	100%	--	0%	--
	Microrred Trébol Azul Red SJM-VMT	14.2%	100%	100%	--	33.3%

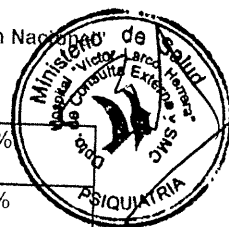
Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.2015

En cuanto a las habilidades de los profesionales para realizar acciones en salud mental se describe por grupo profesional:

Las acciones en salud mental que realizan los médicos principalmente es el tamizaje, siendo el principal objetivo que realicen evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención psicosocial. En los lugares donde realizaban actividades de evaluación, diagnóstico y tratamiento lo hacían principalmente para casos solo de ansiedad y depresión.

Tabla N°8. Porcentaje de médicos de atención primaria que realizan acciones de salud mental actualmente en su EESS, por microrredes de salud, 2015.

Médicos		Tamizaje	Eval. Y Dx	Psicofarmacología	Int. Psicosocial
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--	--



Cajamarca	Microrred Pachacútec	100%	0%	0%	0%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	0%	100%	100%	0%
Lima	Microrred Mala (Rural)	66.6%	0%	0%	0%
	Microrred Trébol Azul – SJM (Urbana)	71.4%	42.8%	28.5%	0%

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.

Los psicólogos principalmente realizan actividades de tamizaje y evaluación y diagnóstico, dejando relegado las intervenciones psicosociales.

Tabla N°9. Porcentaje de psicólogos de atención primaria que realizan acciones de salud mental actualmente en su EESS, por microrredes de salud, 2015.

Psicólogos		Tamizaje	Eval. y Dx	Int. Psicosocial
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacútec	100%	100%	50%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	73.3%	86.6%	40%
Lima	Microrred Mala (Rural)	100%	100%	0%
	Microrred Trébol Azul – SJM (Urbana)	100%	100%	100%

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH. 2015

Tabla N°10. Porcentaje de trabajadores sociales, enfermería, obstetras de atención primaria que realizan acciones de salud mental actualmente en su EESS, por microrredes de salud, 2015.

EESS		Tamizaje		
		Trabajadoras Sociales	Enfermeros	Obstetras
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacútec	--	100%	100%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	0%	100%	0%
Lima	Microrred Mala (Rural)	--	0%	--
	Microrred Trébol Azul – SJM	0%	--	100%



(Urbana)			
----------	--	--	--

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.



Dentro de los otros profesionales las trabajadoras sociales no realizan actividades de salud mental, excepto en el caso de SJM-VMT en donde una trabajadora social solo realiza evaluación y diagnóstico en casos de violencia familiar, no realizando tamizajes en salud mental. Los enfermeros realizan tamizajes en Ayacucho y Cajamarca, solo en un caso en Ayacucho se encontró que un enfermero realizaba evaluación y diagnóstico de ansiedad y depresión. En Chilca Mala los enfermeros no realizan ninguna actividad en salud mental. Las obstetras de Cajamarca y SJM-VMT realizan actividades de tamizaje, pero solo de violencia intrafamiliar, en Ayacucho las enfermeras no realizan ninguna actividad de salud mental.

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.



En Perú no se cuenta con datos oficiales, nuestra institución el año pasado logró recolectar información sobre las expectativas en temas de salud mental en las cuales les gustaría recibir una capacitación:



- En Ayacucho la muestra estuvo conformada por 27 profesionales, los cuales los principales temas eran: Trabajo comunitario (10,33%), trabajo de grupo (9,7%) e intervención en familia (9,7%).
- En Cajamarca la muestra fue de 33 profesionales, en su mayoría le gustaría capacitarse en problemas de niños y adolescentes 32,34%, clima laboral 20,58%.
- En Chilca-Mala la muestra está conformada por solo 5 profesionales, en un 60% quería capacitarse en problemas de niños y adolescentes, 40% en clima laboral, psicofármacos.
- En SJM-VMT la muestra estuvo conformada por 22 profesionales, el 36,6% desea capacitación en psicofármacos, 31,31% en diagnóstico en salud mental, 27,27% en problemas de niños y adolescentes.

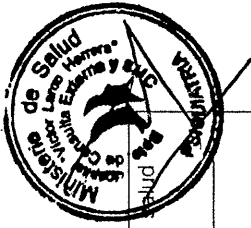




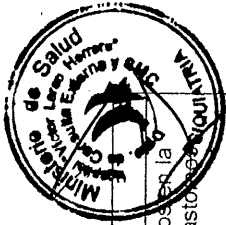
5.4 Competencias a fortalecer, siguiendo la metodología "Acompañamiento clínico-psicosocial"



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 utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia.	<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. ■ Conocer cómo aplicar las buenas prácticas de la gestión clínica. ■ Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud mental. 	<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 atención, la asignación y disponibilidad de los recursos. ■ Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo de salud mental para garantizar una atención apropiada.



Organización y gestión óptima en salud mental	y efectividad equidad	<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"> Realizar la coordinación de los cuidados de la salud mental 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 primer contacto	<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. 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"> Dar un trato digno y respetuoso. Priorizar las necesidades y las intervenciones en salud mental. Desarrollar una buena comunicación con el 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 Apropriadados	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 ■ Autolesión/suicidio ■ Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol. ■ Uso de psicofármacos ■ Uso adecuado de las pruebas de tamizaje en salud mental. ■ Registro adecuado en el HIS. 	<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"> ■ 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 resolutiva en casos de urgencias psiquiátricas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vincularse mediante la tecnología TELESALUD con especialistas de salud mental consiguiendo la capacidad resolutiva de casos. ■ Poseer capacidad resolutiva 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. 2008





5.5 Disposiciones Generales

5.5.1 Definiciones operacionales²¹

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 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 seguridad²²

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.²²

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.²²

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.²²

5.6 Disposiciones Específicas

5.6.1 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 - clínico 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.

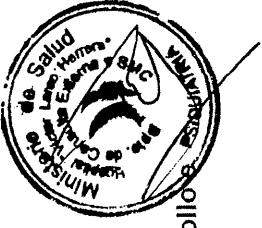
- Reunión de trabajo con Directivos: Consiste en analizar conjuntamente con director de la red de salud y gerente, sobre aspectos administrativos, normativos, que facilitarán la implementación del servicio de salud mental y la toma de acuerdos para fortalecerlos.



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.



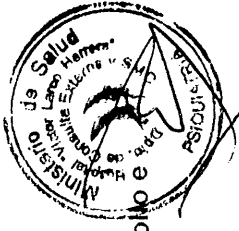


Objetivo General: Fortalecer las competencias de los equipos interdisciplinarios a nivel de redes y hospitales para el desarrollo de implementación en atención integral en salud mental; con enfoque en persona, familia y comunidad.

Objetivo Específico: 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.



Nº	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA																	
				1era Visita			2da visita			3era visita			4ta visita			5ta visita					
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
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																		
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																		
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																		



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

Objetivo Específico: 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.



N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	CRONOGRAMA																				
				1era visita			2da visita			3era visita			4ta visita			5ta visita								
				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3						
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																					
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																					
3	Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas prevalentes.	Caso clínico	Equipo técnico de UFSMC-HVLH																					
4	Revisión de registro clínicos	Historia Clínica	Equipo técnico de UFSMC-HVLH																					
5	Sesión educativa para el adecuado registro epidemiológico y estadístico HIS/SIS.	Sesión	Equipo técnico de UFSMC-HVLH																					
6	Visitas domiciliarias.	Visita	Equipo técnico de UFSMC-HVLH																					
7	Coordinación con las autoridades regionales y 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																					



5.8 Recursos Necesarios

5.8.1 Recursos Humanos

RRHH	Cantidad de profesionales
Psiquiatra	05
Psicólogo	05
Trabajadora Social	05
Enfermero	05
Capacitación en Gestión de base de datos con MS Access 2018	04

5.8.2 Recursos Materiales

Recursos Materiales	Cantidad
Computadora portátil	05
Cámara Fotográfica	05
Equipo de Cómputo	03
Proyectores Multimedia	02
Fotocopiadora	01
Impresora Multifuncional	03
Software	06
Maletín para Proyector	02
Estuches para Cámara Fotográfica	05
Estuches para Cámara Filmadora	01
Maletín para computadora portátil	05
Cables de HDMI	02
Microsoft Access	04
Memoria para cámara fotográfica	02
Disco Duro externo	03

5.8.3 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.
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.

5.8.4 Servicios

Viáticos, pasajes aéreos, pasajes terrestres, pasajes locales, internet, teléfono.





5.9 Presupuesto

RRHH	Unidad	Cantidad	Costo por profesional	Costo Total
Psiquiatra	Profesional	01	S/. 5000*	---
Psicólogo	Profesional	01	S/. 2500*	---
Trabajadora Social	Profesional	01	S/. 2500*	---
Enfermero	Profesional	01	S/. 2500 *	S/.*
SUB TOTAL				S/.*

Recursos tecnológicos	Unidad	Cantidad	Costo por Unidad	Costo Total
Computadora Portátil	Equipo	03	S/.3465.6	S/.10397 *
Cámara Fotográfica	Equipo	03	S/.3732.3	S/.11197 *
Equipo de Cómputo	Equipo	03	S/.2695.6	S/.8097*
Fotocopiadora	Equipo	01	S/.3452	S/.3452 *
Impresora Multifuncional	Equipo	02	S/.1903.5	S/.3807*
Software	Equipo	06	S/.600	S/.3600 *
Maletín para Proyector	Equipo	02	S/.200	S/.400 *
Estuches para Cámara Fotográfica	Equipo	05	S/.222	S/.1110*
Estuches para Cámara Filmadora	Equipo	01	S/.220	S/.220 *
Maletín para computadora portátil	Equipo	05	S/.222	S/.1110*
Cables de HDMI	Equipo	02	S/.120	S/.240 *
Microsoft Access	Equipo	04	S/.800	S/.3200*
Memoria para cámara fotográfica	Equipo	02	S/.80	S/.160 *
Disco Duro externo	Equipo	03	S/.220	S/.660*
SUB TOTAL				S/. 47630 *

Insumos	Costo Total
Material de impresión	S/. 14200
Papelería en general	S/. 3130
Servicios Diversos	S/. 3250
Equipo Mobiliario	S/. 10500
SUB TOTAL	S/. 31080 *





Servicios	Unidad	Cantidad	Costo por Unidad	Costo Total
Viáticos	Servicio	80	S/.1600	S/.128000
Pasaje aéreo	Servicio	60	S/.576	S/. 34500
Pasaje terrestre	Servicio	20	S/.40	S/. 800
Trasporte Local Lima	Servicio	35	S/.50	S/.1750
Seguros personales	Servicio	80	S/.68	S/. 5440
SUB TOTAL				S/.179520 *

Capacitación	Unidad	Cantidad	Costo por Unidad	Costo Total
Capacitación en Gestión de base de datos con MS Access 2010	Servicio	4	S/.700	S/.28000
SUB TOTAL				S/.2800 *

	SUB TOTAL (S/.)
RRHH	S/.35000
Capacitación	S/.2800
Recursos Materiales	S/.47630
Insumos	S/.31080
Servicios	S/.179520
TOTAL	S/.287000 *

- Se necesita S/. 287 000.00 mil soles. *
- Fuente de financiamiento: Recursos ordinarios del HVLH
- PpR131

**Nota: los montos referidos en las tablas anteriores son referenciales*





5.10 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.

5.11 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 Regional:

- DIRESAS o GERESAS, DRS y redes

A nivel Local:

- Microrredes





VII. ANEXOS



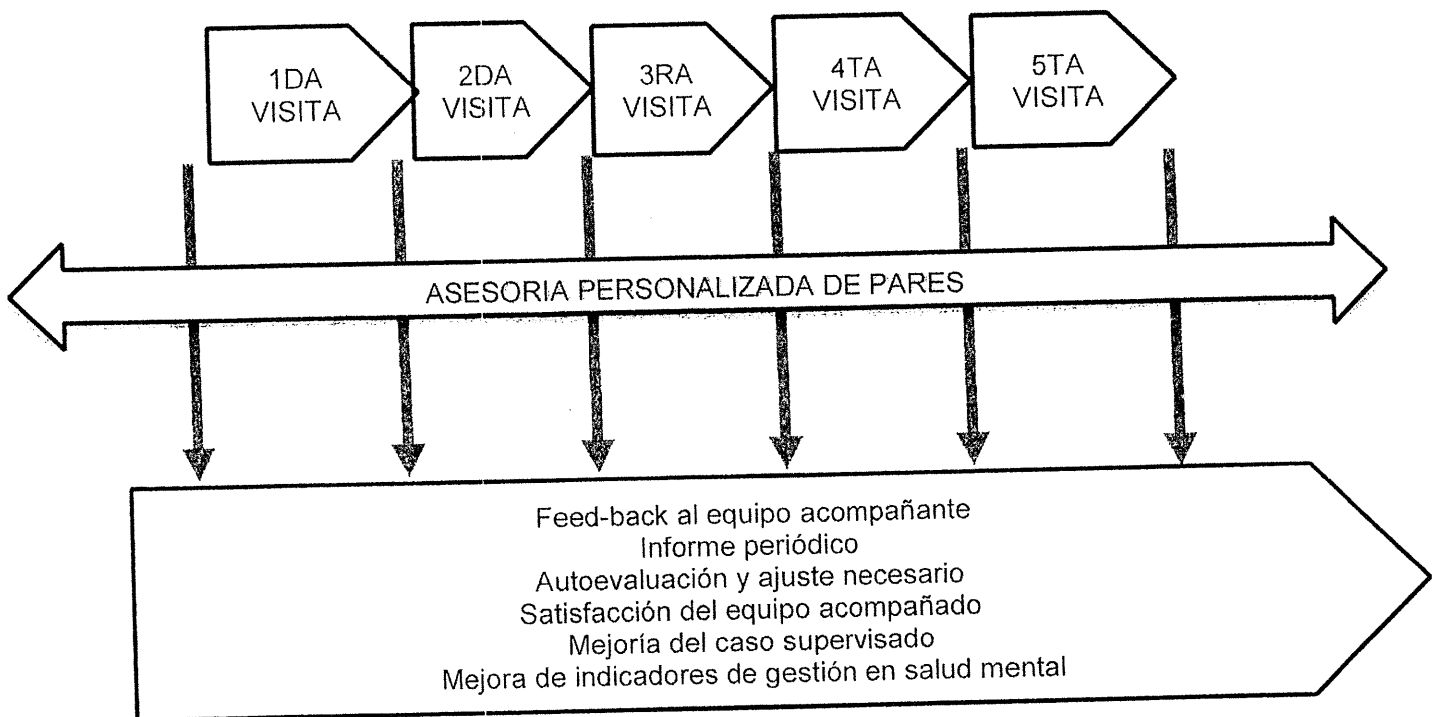
Anexo 1: Programa oficial del desarrollo del Plan de Fortalecimiento de Competencias 2018

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCENTRADO	EESS	1er Visita	2da Visita	3er Visita	4to Visita	5ta Visita
PIURA	RED PIURA	Microrred Piura					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
CAJAMARCA	RED JAEN	Hospital General de Piura					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
AYACUCHO	RED HUANTA	Microrred Jaén					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
		Hospital de Apoyo de Jaén					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
		Microrred Huanta					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
		Hospital de Apoyo de Huanta					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
LIMA	RED CHILCAMALA	Microrred Chilca					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
		Hospital Regional Rezola de Cafete					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
	DIRIS CENTRO	C.S. Lince					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
		C.S. San Isidro					
		Por determinar	junio	julio	agosto	setiembre	octubre
		Hospital Santa Rosa					



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.gov.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.gov.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, 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 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. 2002; XVIII (1): 1-200.
 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. 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**

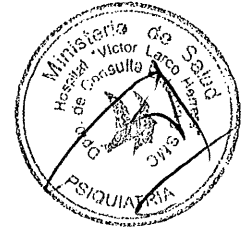


DOCUMENTO TÉCNICO:

**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 2018





ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. FINALIDAD

II. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

2.2 Objetivo Especificos

III. BASE LEGAL

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

4.1 Población Objetivo

V. CONTENIDO

5.1 Antecedentes

5.2 Situación actual de la salud mental en el Perú

5.3 Diagnóstico de necesidades de competencias: Identificación de brechas

5.4 Disposiciones Generales

5.4.1. Entrenamiento de Facilitadores.

5.4.2. Requisitos del facilitador.

5.4.3. Contenidos temáticos

5.4.4. Prevalencia de los Problemas de Salud Mental

5.5 Disposiciones Especificas

5.5.1 Metodología del Acompañamiento

5.5.2 Actividades a desarrollar en la visita

5.6 Descripción de Procesos

5.7 Recursos Necesarios

5.7.1. Recursos Humanos

5.7.2. Recursos Tecnológicos

5.7.3. Recursos Materiales

5.7.4. Servicios

5.8 Presupuesto

5.9 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 PpR-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.

II. OBJETIVO

2.1 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 de competencias y mejora de procesos en la atención de trastornos mentales y problemas psicosociales con enfoque comunitario.

Objetivos Específicos

1. Sensibilizar a los gestores de la DIRESA, RED y Hospitales de la Región.
2. Sensibilizar al equipo facilitador de la región acerca de la necesidad de fortalecer la salud mental.
3. Potencializar las habilidades y capacidades del equipo facilitador en las diferentes estrategias y formas de intervención para la mejor atención en salud mental en forma multidisciplinaria.
4. Facilitar diferentes estrategias al equipo facilitador para optimizar el manejo de los instrumentos utilizados para el tamizaje en Salud Mental (SRQ-18, VIF, AUDIT, RQC) y otros instrumentos de intervención clínica.
5. 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.

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"

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN



El presente plan será aplicado en el área de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera, y en las diferentes Regiones seleccionadas: Ayacucho, Cajamarca (Jaén), Piura, Lima Rural (Red Chilca-Mala), y Lima Metropolitana los C.S seleccionados de la DIRIS Lima Centro.

4.1 Población Objetivo

Está dirigido a los Equipos de facilitadores de hospitales y establecimientos de Salud del primer nivel atención.



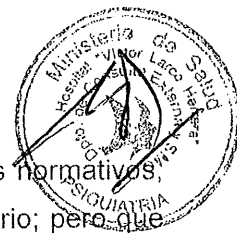
V. CONTENIDO

5.1 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

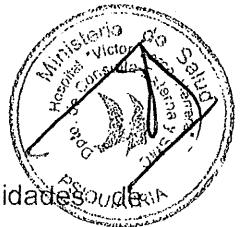
En el año 2011 recién se activó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud, con esta decisión se empezaron a abrir oportunidades progresivas de reorientación de la atención de salud mental hacia un nuevo paradigma fundamentado en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria renovada 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 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 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 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. Asimismo en 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.

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”, 34% psicólogos, 28% enfermeros, el 7% trabajadoras sociales, 28% técnicos de enfermería y 28 capacitados del C.S. de la Micro Red Tambo grande, siendo, 36% enfermeros, 7% técnicos de enfermería, el 21% obstetras, 11% médicos y el 21% psicólogos.

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.

Asimismo, incorporar TeleSalud, ya que es un servicio de salud a distancia que utiliza TIC para 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) (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.

5.2 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 realizados 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, incluyendo Ayacucho donde la brecha se extiende al área urbana y en promedio una de cada 10 personas que requieren tratamiento accede a servicios de salud mental.

Tabla. N°3. Brechas en Salud Mental en las regiones a acompañar.¹⁴

ZONA	BRECHA
Ayacucho	92.5%
Cajamarca Rural	91.4%
Lima Rural Sur	88.9%
Ayacucho Rural	87.1%
Cajamarca	85.4%
Piura	85.1%
Lima	75.7%

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, la potencialidad suicida actual es 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 engeneral	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, la de ansiedad en general es mayor en la sierra y la de trastornos depresivos predomina en la selva. La prevalencia de abuso o dependencia es mayor en la sierra y selva en comparación con lacosta.

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 eses)	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. Depresivo5,8% TAG 1,1% TEPT0,8% Fobia Social 0,7%



Indicadores Suicidas (12meses)	Deseo de morir 12,9%	Deseo de morir 11,5%	Deseo de morir 8,7%
	Planes de índole suicida 1,6%	Planes de índole suicida 1,4%	Planes de índole suicida 1,2%
Tendencia a la violencia	Conducta suicida 0,7%	Conducta suicida 0,6%	Conducta suicida 0,4%
	Potencialidad suicida 0.4%(actual)	Potencialidad suicida 0.4%(actual)	Potencialidad suicida 0.4%(actual)
	De vida 27,5%	De vida 26,5%	De vida 24,7%

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

Las áreas en donde se realizará el acompañamiento clínico psicosocial se observa que el departamento de Ayacucho es donde se presenta mayor población que alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno mental, alta prevalencia de ansiedad, depresión y consumo de sustancias; es puede ser como efecto de la violencia política en donde dos tercios de la población encuestada tuvo algún tipo de pérdida y la mitad de la población perdió algún familiar, se observa que la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico en las personas que han perdido algún familiar se eleva considerablemente (50%) con relación a la prevalencia de toda la población.¹⁶ En cuanto a la principal trastorno psiquiátrico se observa que los trastornos de ansiedad predominan en Ayacucho, Lima Rural y los trastornos depresivos en Cajamarca, Piura y Lima Cono Sur. En cuanto a la prevalencia de abuso o dependencia de alcohol Ayacucho está en primer lugar, siguiéndole Cajamarca, Piura, Lima Rural Sur, Lima Cono Norte.

Tabla 6. Trastornos psiquiátricos por ámbito de aplicación:

	Ayacucho¹⁶ (Carmen Alto)	Cajamarca¹⁶ (Baños del Inca)	Piura¹⁸	Lima Rural Sur (Chilca-Mala) ¹⁹	Lima Cono Sur (SJM-VMT) ¹²
Prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico	De vida 50,6% Actual 21,2%	De vida 28,3% Actual 13,5%	De vida 27,9% Actual 13,9%	De vida 31,6% Actual 9,4%	De vida 28,3% Actual 7%
Prevalencia de trastorno de ansiedad en general	De vida 33,7% Actual 5,1%	De vida 10,2% Actual 1,8%	De vida 7,6% Actual 1,7%	De vida 18% Actual 3,5%	De vida 10,2% Actual 1,3%
Prevalencia de trastorno depresivos en general	De vida 21,5% Actual 3,0%	De vida 15,4% Actual 4,2%	De vida 15,4% Actual 1,7%	De vida 17,4% Actual 2%	De vida 19,9% Actual 2,7%
Prevalencia anual de abuso o dependencia de alcohol	15,0%	8,0%	10%	5,5%	2,1%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM. 12, 16, 18,19.

5.3 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 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 resolutoria 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.²⁰

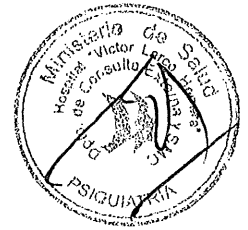
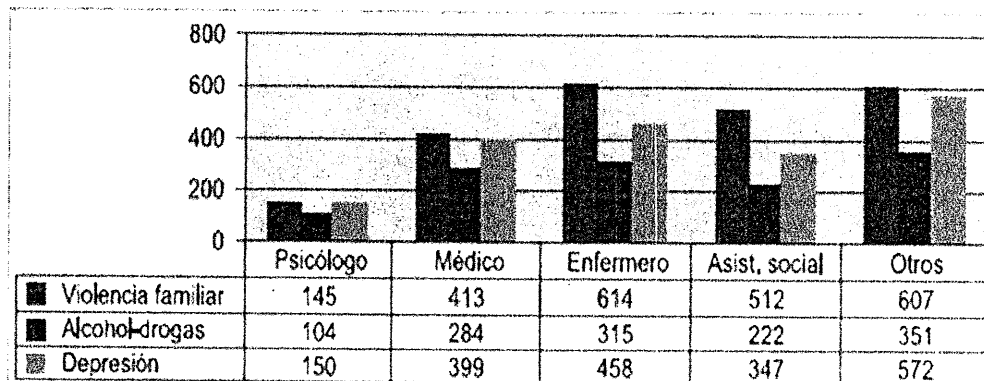


Grafico N°1. Capacitación de profesionales en salud mental, 2008



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.

Nuestra institución recolectó información sobre las capacitaciones en salud mental en los últimos 5 años en los profesionales del primer nivel de atención, se observa que los profesionales en general de la región Ayacucho tienen mayores capacitaciones en temas de salud mental; por área profesional los psicólogos que trabajan en atención primaria son los que más capacitaciones tienen en salud mental.

Tabla N°7. Porcentaje de profesionales de atención primaria que recibieron capacitación en salud mental en los últimos 5 años, por microrredes de salud, 2015.

Regiones, Diresas, Redes		Médicos %	Psicólogos %	Trabajadores Sociales %	Enfermeros %	Obstetras %
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--	--	--
	Red Sullana	--	--	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacutec	100%	100%	--	0%	37.5%
	Red Cajamarca II	--	--	--	--	--
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	100%	100%	50%	100%	0%
	Red Huamanga	--	--	--	--	--
Lima	Microrred Mala	--	--	--	--	--
	Red Chilca- Mala	33.3%	100%	--	0%	--
	Microrred Trébol Azul	14.2%	100%	100%	--	33.3%
	Red SJM-VMT	--	--	--	--	--

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.2015





En cuanto a las habilidades de los profesionales para realizar acciones en salud mental se describe por grupo profesional:

Las acciones en salud mental que realizan los médicos principalmente es el tamizaje, siendo el principal objetivo que realicen evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención psicosocial. En los lugares donde realizaban actividades de evaluación, diagnóstico y tratamiento lo hacían principalmente para casos solo de ansiedad y depresión.

Tabla N°8. Porcentaje de médicos de atención primaria que realizan acciones de salud mental actualmente en su EESS, por microrredes de salud, 2015.

Médicos		Tamizaje	Eval. Y Dx	Psicofarmacología	Int. Psicosocial
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacutec	100%	0%	0%	0%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	0%	100%	100%	0%
Chilca-Mala	Microrred Mala	66.6%	0%	0%	0%
SJM-VMT	Microrred Trébol Azul	71.4%	42.8%	28.5%	0%

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.

Los psicólogos principalmente realizan actividades de tamizaje y evaluación y diagnóstico, dejando relegado las intervenciones psicosociales.

Tabla N°9. Porcentaje de psicólogos de atención primaria que realizan acciones de salud mental actualmente en su EESS, por microrredes de salud, 2015.

Psicólogos		Tamizaje	Eval. y Dx	Int. Psicosocial
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacutec	100%	100%	50%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	73.3%	86.6%	40%
Chilca-Mala	Microrred	100%	100%	0%





	Mala			
SJM-VMT	Microrred Trébol Azul	100%	100%	100%

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.

Tabla N°10. Porcentaje de trabajadores sociales, enfermería, obstetras de atención primaria que realizan acciones de salud mental actualmente en su EESS, por microrredes de salud, 2015.

EESS		Tamizaje		
		Trabajadoras Sociales	Enfermeros	Obstetras
Piura	Microrred Bellavista	--	--	--
Cajamarca	Microrred Pachacutec	--	100%	100%
Ayacucho	Microrred Carmen Alto	0%	100%	0%
ChilcaMala	Microrred Mala	--	0%	--
SJM-VMT	Microrred Trébol Azul	0%	--	100%

Fuente: Ficha de datos de proyectos móviles en Acompañamiento Clínico Psicosocial de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del HVLH.

Dentro de los otros profesionales las trabajadoras sociales no realizan actividades de salud mental, salvo en el caso de SJM-VMT en donde una trabajadora social solo realiza evaluación y diagnóstico en casos de violencia familiar, no realizando tamizajes en salud mental. Los enfermeros realizan tamizajes en Ayacucho y Cajamarca, solo en un caso en Ayacucho se encontró que un enfermero realizaba evaluación y diagnóstico de ansiedad y depresión. En Chilca Mala los enfermeros no realizan ninguna actividad en salud mental. Las obstetras de Cajamarca y SJM-VMT realizan actividades de tamizaje, pero solo de violencia intrafamiliar, en Ayacucho las enfermeras no realizan ninguna actividad de salud mental.

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.

En Perú no se cuenta con datos oficiales, nuestra institución el año pasado logró recolectar información sobre las expectativas en temas de salud mental en las cuales les gustaría recibir una capacitación:

- En Ayacucho la muestra estuvo conformada por 27 profesionales, de los cuales los principales temas eran: Trabajo comunitario (10,33%), trabajo de grupo (9,7%) e intervención en familia (9,7%).
- En Cajamarca la muestra fue de 33 profesionales, en su mayoría le gustaría capacitarse en problemas de niños y adolescentes 32,34%, clima laboral 20,58%.
- En Chilca-Mala la muestra está conformada por solo 5 profesionales, en un 60% quería capacitarse en problemas de niños y adolescentes, 40% en clima laboral, psicofármacos.
- En SJM-VMT la muestra estuvo conformada por 22 profesionales, el 36,6% desea capacitación en psicofármacos, 31,31% en diagnóstico en salud mental, 27,27% en problemas de niños y adolescentes.

5.4. Disposiciones Generales:

5.4.1. 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.

5.4.2. Requisitos del Facilitador

- Profesional de Planta nombrado y permanente en el EESS.
- Actitud Proactiva para el Trabajo Comunitario.
- Cargo con injerencia y responsabilidad jerárquica.

5.4.3. Contenidos Temáticos

Sensibilización del Reglamento de la Ley 29889	Directores Prensa Instituciones Locales Organizaciones Facilitadores	Exposición	1 hora
Gestión de la salud mental		Exposición	2 horas
Acompañamiento Clínico Psicosocial y de Gestión: Definición y Objetivos		Exposición	2 horas
Estrategias de Intervención con Agentes Comunitarios en salud mental		Modulo	4 sesiones
Capacitación en la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP a las siguientes regiones		Modulo	4 sesiones

5.4.4. 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 a las siguientes regiones:	Dirigido a:	Contenido de los Módulos	Duración
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Región Ayacucho ➤ Región Cajamarca (Jaen) ➤ Región Piura ➤ Región Lima (Chilca –Mala) ➤ Lima Metropolitana (CSSI –CSL) 	Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trastornos de Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastornos Depresivos <input type="checkbox"/> Abuso o Dependencia de Alcohol <input type="checkbox"/> Autolesión –Suicidio <input type="checkbox"/> Psicosis 	<p>4 sesiones 3 horas c/módulo</p>

5.5 Disposiciones Específicas

5.5.1 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.

5.5.2 Actividades a Desarrollar en la Visita de Acompañamiento:

Acompañamiento Clínico 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, 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 acuerdostécnicos: Se entregará la Guía de Diagnóstico e Intervención mhGAP

Registro: Se registra en historia clínica, hoja HIS y 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 del Skype,





mensajes de texto u otros medios de comunicación.

Registro: Registrar en historia clínica y en hoja HIS y 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 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 de usuarios con problemas de Salud Mental. Las cuales se desarrollarán en compañía del personal de salud encargado, con la finalidad de verificar la adherencia a la medicación, la misma que se evaluará en las consultas continuas.

Retroalimentación. Se absolverán dudas de 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)

Acompañamiento Clínico 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 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 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 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 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.

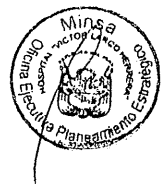
Feedback de la sesión anterior.

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 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

Acompañamiento Clínico 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:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental.(ver Anexo 5).
- La evaluación socio-familiar, diagnóstico y formulación del plan de tratamiento social lo realizara 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.
- Diagnostico 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 facilitara 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.
 - o 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 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 insitu 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 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 SIS.

Acompañamiento Clínico 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 ha sentido 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 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 y diagnóstico médico 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: Pla 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.

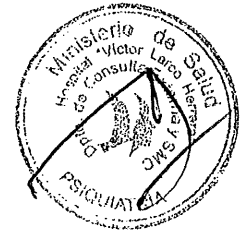
Indicaciones y acuerdos técnicos: Se dejarán las indicaciones técnicas para las referencias o derivaciones al servicio de medicina para su evaluación, el cual solicitará la interconsulta a psicología para la intervención con el usuario y/o familia.

Registro: Registrar en historia clínica, hoja HIS y 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.

Retroatención. 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 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 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: Iniciará 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 las intervenciones de rehabilitación o al equipo responsable de la 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 SIS.



Acompañamiento Clínico 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

- Iniciará 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 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.
- Iniciará 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 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 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 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 SIS.



5.6 Descripción de procesos

Objetivo General: Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para el ACP y de gestión, reglamentando las acciones que debe realizar el equipo facilitador en las diferentes etapas de intervención

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

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Reunión técnica con las autoridades de las diresas, gerencias, 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.	Persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X
2	Reunión técnica de coordinación y gestión con Directores de la RED, Hospital, Gerente de Microrredes, Autoridades de EE.SS. y responsables de la Estrategia de Salud Mental.	N° de reuniones	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X
3	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.	N° de reuniones	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X	X	X	X

Objetivo General: Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para el ACP y de gestión, reglamentando las acciones que debe realizar el equipo facilitador en las diferentes etapas de intervención

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

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3era 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.	N° de persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			
3	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 Hospitales	N° de persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X	X			
4	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 General: Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para el ACP y de gestión, reglamentando las acciones que debe realizar el equipo facilitador en las diferentes etapas de intervención

Objetivo Específico: Potencializar las habilidades y capacidades del equipo facilitador en las diferentes estrategias y formas de intervención para la mejor atención en salud mental en forma multidisciplinaria.

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Capacitación en estigmas de salud mental, uso de Guías de intervención mhGAP	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	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/SIS	N° de equipos capacitados facilitadores	Equipo técnico de UFSMC-HVLH		X	X	X	X



Objetivo General: Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para el ACP y de gestión, reglamentando las acciones que debe realizar el equipo facilitador en las diferentes etapas de intervención

Objetivo Específico: Facilitar diferentes estrategias al equipo facilitador para optimizar el manejo de los instrumentos utilizados para el tamizaje en salud mental (SRQ-18, VIF, AUDIT, RQC) y otros instrumentos de intervención clínica

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3era 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° Persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	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.	N° Persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				
3	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 hospitales	N° Persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				





Objetivo General: Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para el ACP y de gestión, reglamentando las acciones que debe realizar el equipo facilitador en las diferentes etapas de intervención

Objetivo Específico: 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.

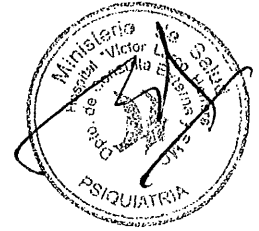
N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA				
				1era Visita	2da Visita	3era Visita	4ta Visita	5ta Visita
1	Sensibilización y Socialización en la Implementación de programas de información, educación y comunicación a distancia para los profesionales de salud y la población a través de la Red nacional de Telesalud.	N° Persona sensibilizada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				
2	Implementación de la Teleconsulta	Usuario atendido	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				
3	Telecapacitación	N° Persona capacitada	Equipo técnico de UFSMC-HVLH	X				

5.7 Recursos Necesarios

5.7.1 Recursos Humanos

RRHH	Cantidad de Profesionales
Psiquiatra	05
Psicólogo	05
Trabajadora Social	05
Enfermero	05





5.7.2 Recursos Tecnológicos

Recursos materiales	Cantidad
Computadora portátil	05
Cámara Fotográfica	05
Equipo de Cómputo	03
Proyectores Multimedia	02
Fotocopiadora	01
Impresora Multifuncional	03

5.7.3. 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 metálicas, folders.



5.7.4. Servicios

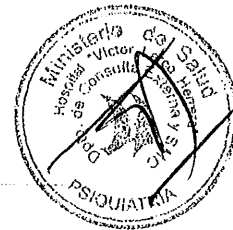
Regiones	N° visitas/N° Profesionales	Pasajes Aéreos	Pasajes Terrestres	Seguro	Viáticos
Ayacucho	5/4	20		20	80
Cajamarca	5/4	20		20	80
Piura (Sullana)	5/4	20		20	80
Lima (Chilca - Mala)	5/4		20	20	80

- Pasajes Locales (Lima)
- Internet
- Teléfono Directo

5.8. Presupuesto

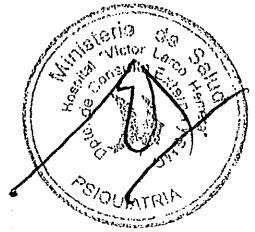
Servicios	N° de equipo	Gasto x Unidad	Total
Viáticos	80	1600	128000
Pasaje aéreos	60	576	34500
Pasajes Terrestres	20	40	800
Transporte Local Lima	35	50	1750
Seguros personales	80	68	5440
SUB TOTAL			S/. 170490

RRHH	Unidad	Cantidad	Costo por profesional	Costo Total
Psiquiatra	Profesional	00	---	---
Psicólogo	Profesional	00	---	---
Trabajadora Social	Profesional	00	---	---
Enfermero	Profesional	02	S/. 2500	S/. 35000
SUB TOTAL				S/. 35000



Capacitación	Cantidad	Costo por unidad	Total
Capacitación en Gestión de base de datos con MS Access 2010	4	700	2800
SUB TOTAL			S/.2800





Recursos materiales	Por comprar	Total
Computadora portátil	03	10397
Cámara Fotográfica	03	11197
Equipo de Cómputo	03	8097
Fotocopiadora	01	3452
Software	06	3600
Impresora Multifuncional	02	3807
Maletín para Proyector	02	400
Estuches para Cámara Fotográfica	05	1100
Estuches para Cámara Filmadora	01	220
Maletín para computadora portátil	05	1100
Cables de HDMI	02	240
Microsoft Access	04	3200
Memoria para cámara fotográfica	02	160
Disco Duro externo	03	660
SUB TOTAL		SI.47630

Insumos	Total
Material de impresión Modulo de Intervención mhGAP	14200
Papelería en general	3130
Servicios diversos	3250
Equipo Mobiliario	10500
SUB TOTAL	SI.31080

	SUB TOTAL (S/.)
Servicios	170490
RRHH	35000
Recursos Materiales	47630
Capacitación	2800
Insumos	31080
TOTAL	SI. 287000





PpR N° 131 de Prevención y Control en Salud Mental.

Hospital Víctor Larco Herrera.

Se necesita S/. 287,000.00 mil soles (las cantidades son referenciales)





5.9 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

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

Indicador Proceso

Se considerarán los siguientes indicadores de evaluación:

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

Indicador Resultado

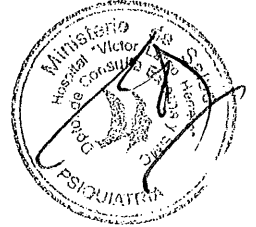
- Porcentaje de profesionales certificados con competencias





- Cantidad de equipos de facilitadores conformados Certificados
- Taza de diagnósticos registrados en salud mental de las zonas intervenidas





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:

- Microrredes

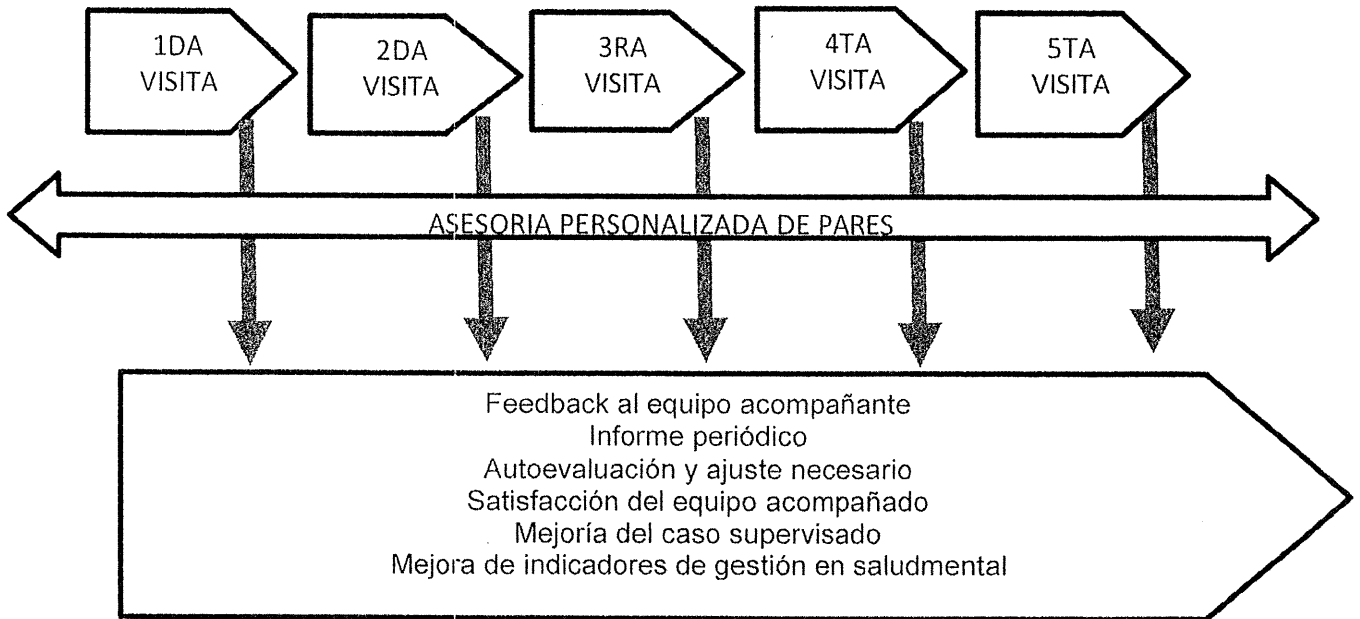


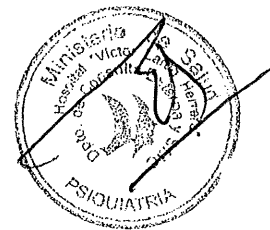


VII. ANEXOS

Anexo 1:

FLUXOGRAMA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO.





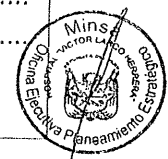
Anexo 2:
FICHA DE RECOJO DE INFORMACIÓN

DATOS GENERALES

Fecha de Visita:.....
 Número de Visita:.....
 Dirección Salud:.....
 Microrred:.....
 Red:.....
 EESS:.....
 Gerente:.....
 Jefe del EESS:.....
 Equipo Técnico:

.....

ASPECTO CLÍNICO (Consignar observaciones saltantes en este rubro)





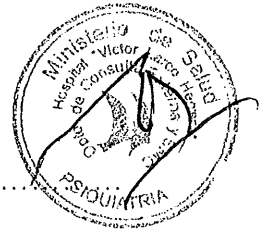
ASPECTO DE GESTIÓN

ÍTEM	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Documentos Normativos			
Plan Básico			
Existencia de guías en los servicios formalmente distribuidos por el gerente o jefe del EESS			
Supervisión del pedido y uso de psicofármacos y su distribución en los EESS de acuerdo a su necesidad.			
Requerimiento para contrato de profesional psicólogo de planta.			
Asignación de ambiente apropiado para la atención de salud mental (privado, cómodo, cuenta con mobiliario básico).			
Gestión y distribución del equipamiento en toda la microrred para la adecuada atención de la salud mental			
Monitorización y supervisión de la implementación de la intervención en salud mental en la microrred en el marco de la atención integral de salud			
Propuesta/designación, en coordinación con la red y/o DIRESA, su equipo a capacitarse.			

OBSERVACIONES FINALES

.....





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





Anexo 3

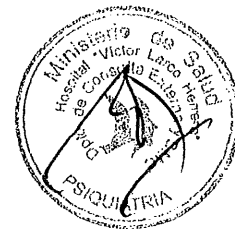
ACTA DE COMPROMISO PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS CONJUNTOS

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 4:

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).

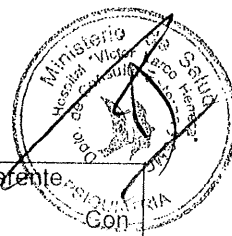




Anexo 5:

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.

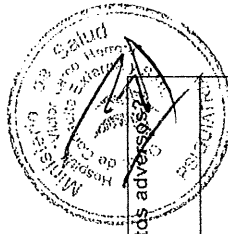




Pensamiento:	<p>Proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación.</p> <p>Forma: Continuidad del pensamiento en cuanto a los principios lógicos que subyacen al discurso ("hilo conductor"). Alteraciones: pensamiento laxo, incoherente, bradipsiquia, etc.</p> <p>Contenido: Alteraciones: delusiones, preocupaciones, ideas sobrevaloradas,</p>	<p>Curso: Coherente</p> <p>Contenido: preocupaciones sobre "quiero curarme, no estar así", niega ideaciónsuicida.</p>
Percepción:	<p>Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los Sentidos. Alteraciones: Alucinaciones visuales, auditivas, olfativas.</p>	Niega alucinaciones
Afecto:	<p>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.</p> <p>Alteraciones: Alegría y tristeza patológica, anhedonia, inadecuación afectiva, labilidad emocional.</p>	<p>Afecto: depresivo</p> <p>Ánimo: "triste"</p>
Conciencia de enfermedad:	Saber que se padece de su enfermedad.	Si



ANEXO 6:
EFFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS

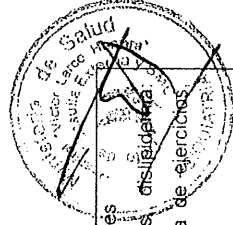


Psicofármaco	Dosis de inicio	Dosis terapéuticas	Reacciones adversas frecuentes	Reacciones adversas peligrosas	¿Qué hacer con los efectos adversos?
Antidepresivos					
Fluoxetina (ISRS)	10mg/día	20-60mg/día	<ul style="list-style-type: none"> GI: ↓ de apetito, náuseas, diarrea, estreñimiento, boca seca. 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 ataques epilépticos Rara vez inducción de manía Acatasia 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 de manía Hiponatremia asociada a SIADH. 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Reducir dosis Si hay sedación administrar de noche Cambiar a ISRSs
Antipsicóticos					

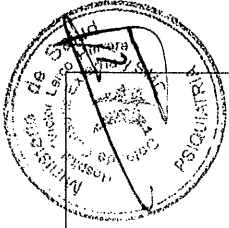


Haloperidol (AP 1era. G)	1.5-3mg/día	3-20mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Acatisia, síndromes extrapiramidales: reacciones distónicas agudas, tics, temblor, rigidez muscular y rueda dentada, discinesia tardía Galactorrea, amenorrea Priapismo(Flufenazina) Mareo, sedación Boca seca, visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento Disminución de lasudoración Hipotensión, taquicardia, hipertensión Aumento de peso Flufenazina: Hiposudoración, depresión, disfunción sexual. 	<p>Con escasa frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Síndrome neurolépticomaligno Convulsiones Ictericia, agranulocitosis, leucopenia ↑ de riesgo de muerte y ACV en pacientes ancianos con psicosis y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Por los síntomas motores asociar a agentecolinérgico Reducir dosis Para la sedación, tomanocturna IMC elevado, diabetes, dislipidemia: perder peso, programa de ejercicios, dieta y manejo médico. Cambiar a un antipsicótico de 2da. Generación
Decanoato de flufenazina (acción prolongada) (AP 1era. G)	12.5mg IM	25-100mg cada	<ul style="list-style-type: none"> Flufenazina: Hiposudoración, depresión, disfunción sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome neuroléptico maligno menor que los AP 1era.G Convulsiones infrecuentes Hiper glucemia en algunos casos extremos 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Omar en la noche para ayudar a reducir la sedación diurna Anticolinérgicos pueden reducirlos
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 Espoco frecuente la discinesia tardía (menor que los) 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome neuroléptico maligno menor que los AP 1era.G Convulsiones infrecuentes Hiper glucemia en algunos casos extremos 	<ul style="list-style-type: none"> Esperar, esperar, esperar Omar en la noche para ayudar a reducir la sedación diurna Anticolinérgicos pueden reducirlos





			AP 1era. G) <ul style="list-style-type: none"> 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. 	asociados a cetocidosis <ul style="list-style-type: none"> 1 de riesgo de muerte y ACV en pacientes ancianos con psicosis y demencia. 	efectos adversos motores <ul style="list-style-type: none"> 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, ↑ de 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 grave 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"> Nauseas, 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, 	<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 	



				insuficiencia renal.	
Benzodiacepinas					
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. 		
Clonazepam	0.5mg/día	0.5-2mg/día	<ul style="list-style-type: none"> Depresión respiratoria, especialmente cuando toman con otros depresores en sobredosis. Raro: disfunción hepática, renal y discrasias sanguíneas. Convulsiones (Clonazepam) 		
Alprazolam	0.5mg/día	0.5mg-4mg/día	<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 o hay riesgo vital. 		

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 7: ANAMNESIS

I. **DATOS DEFILIACIÓN**

- 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)

.....

.....

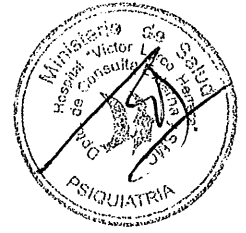




5.3. Hermanos:

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 9:

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
....., en la cual se
llegaron a los siguientes acuerdos:

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

Se adjunta a la presente Acta la ficha de Acompañamiento.

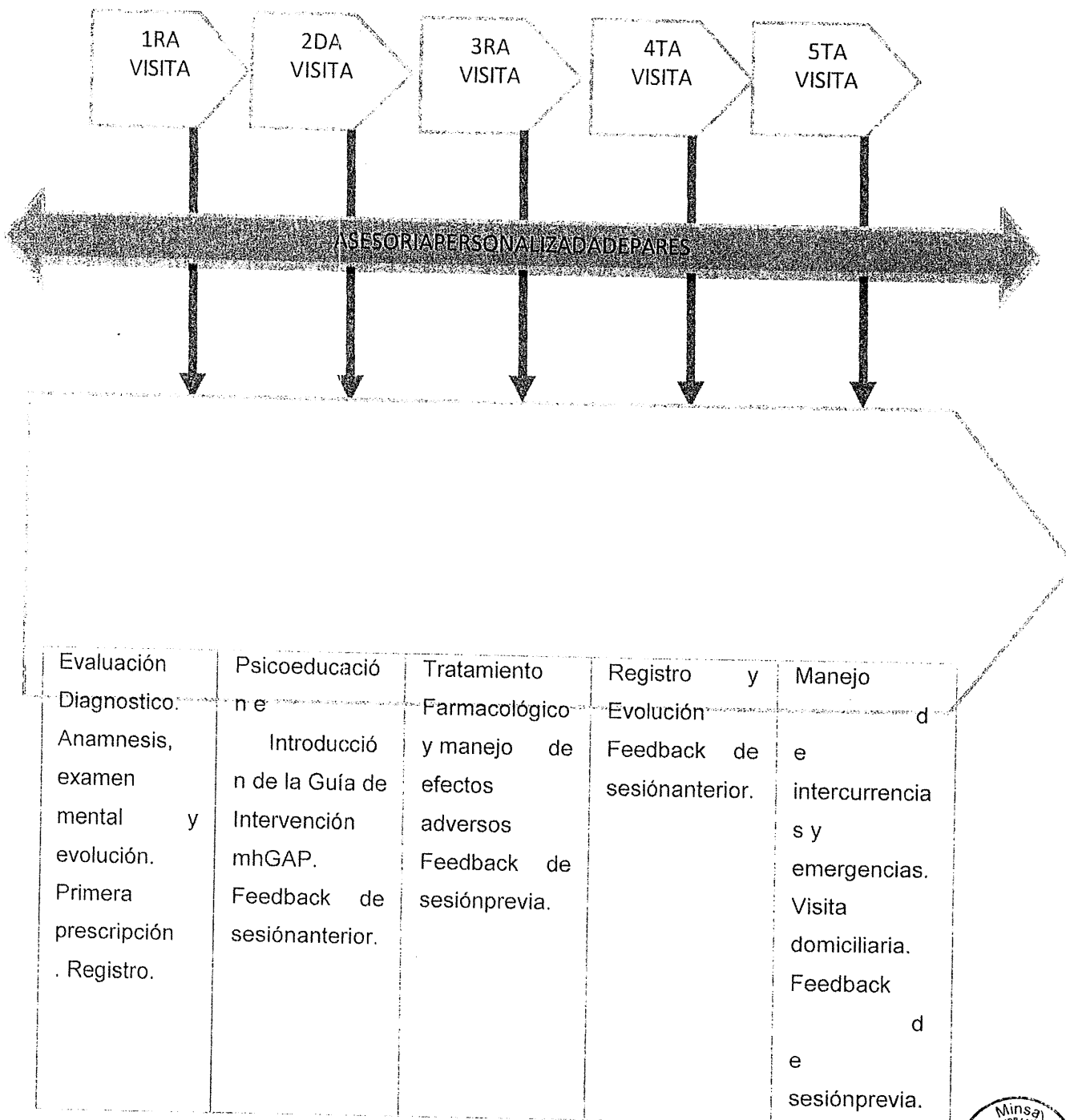
Siendo las..... horas del día se da por
culminada la presente visita, quedando como fecha de la siguiente visita el día
.....

PersonalAcompañante

PersonalAcompañado



Anexo 10:
FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A MEDICINA





Anexo 11:
LISTA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICABLES EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN

Adultos	Niños
Área 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Inteligencia de Stanford Binet ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY)
Área de Personalidad	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY) ▪ Cuestionario Factorial de personalidad EPQ-R ▪ Frases incompletas de Sacks ▪ Test de la Figura Humana de Karen MacKover ▪ Test del Hombre bajo lalluvia ▪ Test Casa – Árbol – Persona 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Personalidad para niños y adolescentes EPQ-I ▪ Test de la figura humana – DFH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon – II ▪ Test de BARON – ICE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test de frases incompletas de Rotter ▪ Test de BARON (abreviado)
Área de Funciones Cognitivas Específicas	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación neuropsicológica breve en español – 	
Área de Desarrollo/Organicidad	
NEUROPSI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test Gestáltico Visomotor de Bender ▪ Test de Benton ▪ Escala de Madurez Social De Vineland 	
Área 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	





Área de Intereses Vocacionales

- Cuestionario de Intereses Vocacionales y Ocupacionales (CASM-83)

Área Psicopatología

- 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 12:
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).

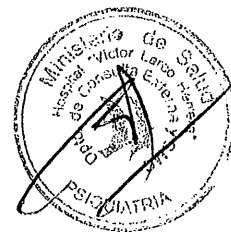
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS (Se divide en área de inteligencia, personalidad, aspectos familiares, posibles indicadores psicopatológicos e indicadores de compromiso orgánico – cerebral; se tienen que colocar datos de indicadores integrados y no aislados).

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 13:

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:

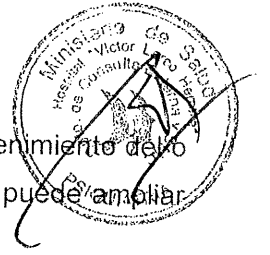
- Encuadre** (Esta es la primera y muy importante etapa, pues es aquí en donde, a través de una adecuada recepción del usuario, se busca establecer la empatía y generar el compromiso con el tratamiento y los roles y funciones, tanto del psicólogo, como del o la usuaria, buscando crear consciencia de 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

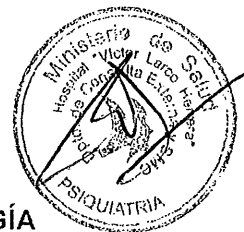




sextasesión).

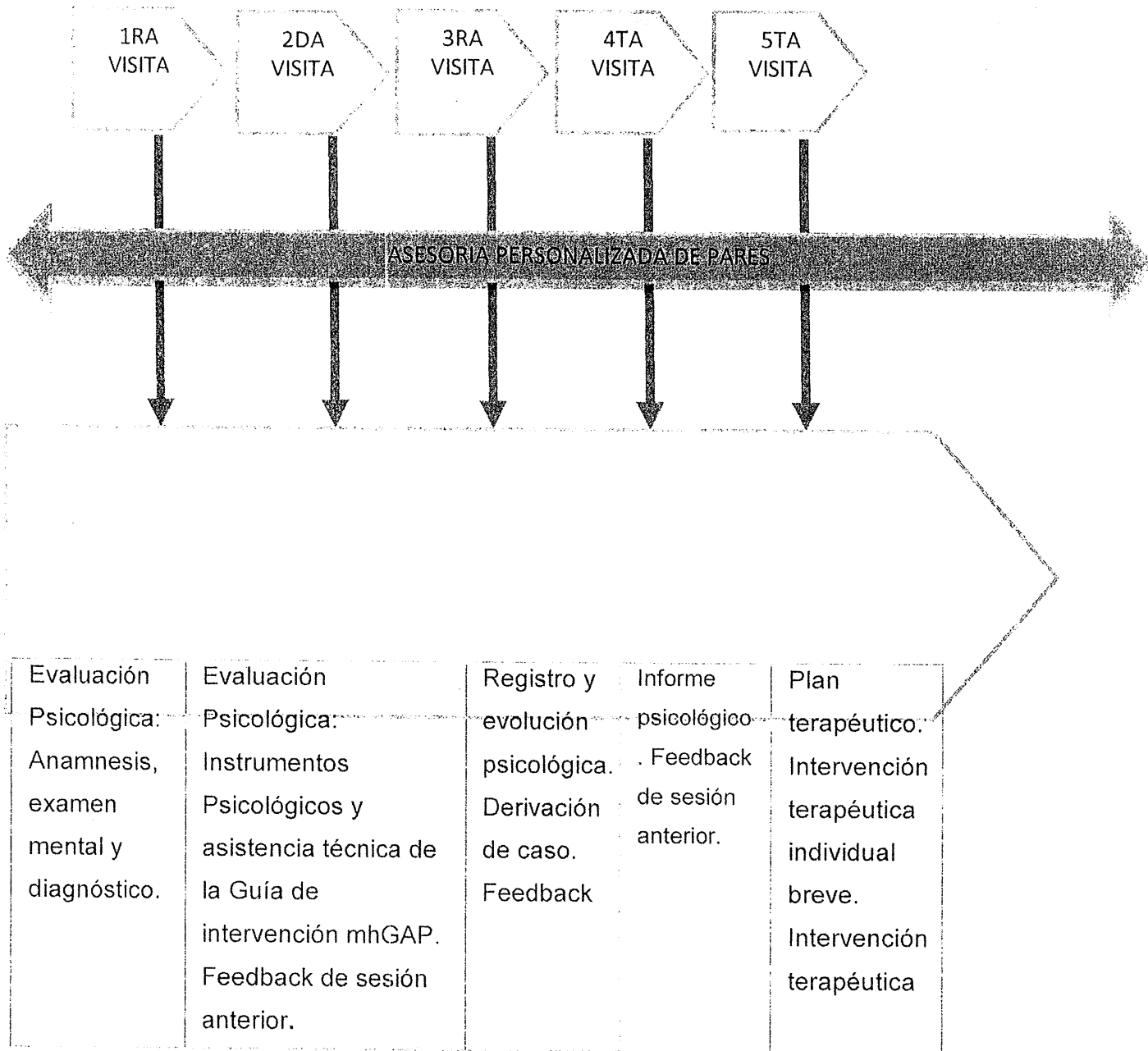
Evaluación y Seguimiento (Se va observando y evaluando el avance y sostenimiento de la usuaria. Esta etapa, se realiza en la 6ta. Sesión y, de ser necesario, se puede ampliar hasta un máximo de 9 sesiones).





Anexo 14:

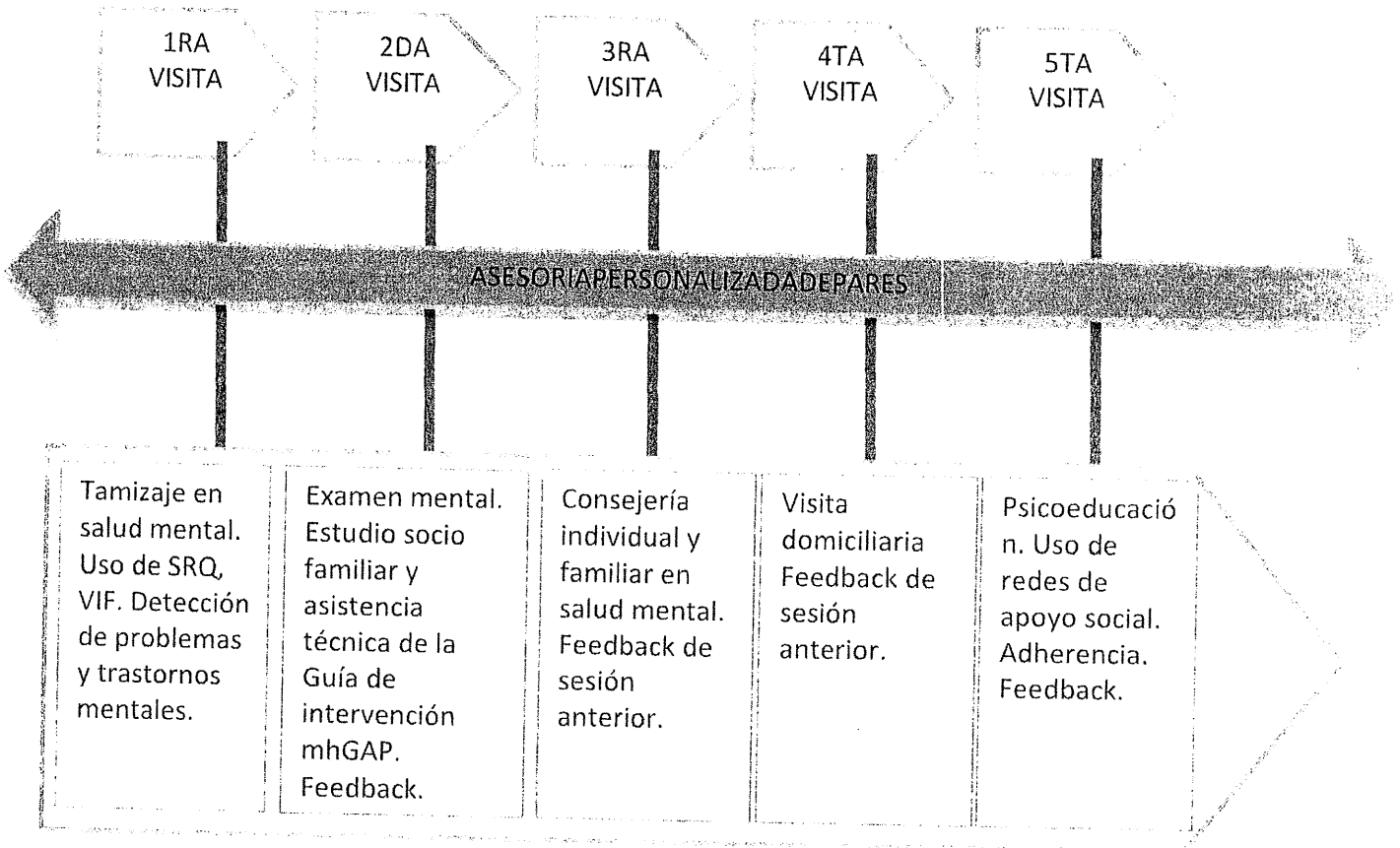
FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A PSICOLOGÍA





Anexo 15:

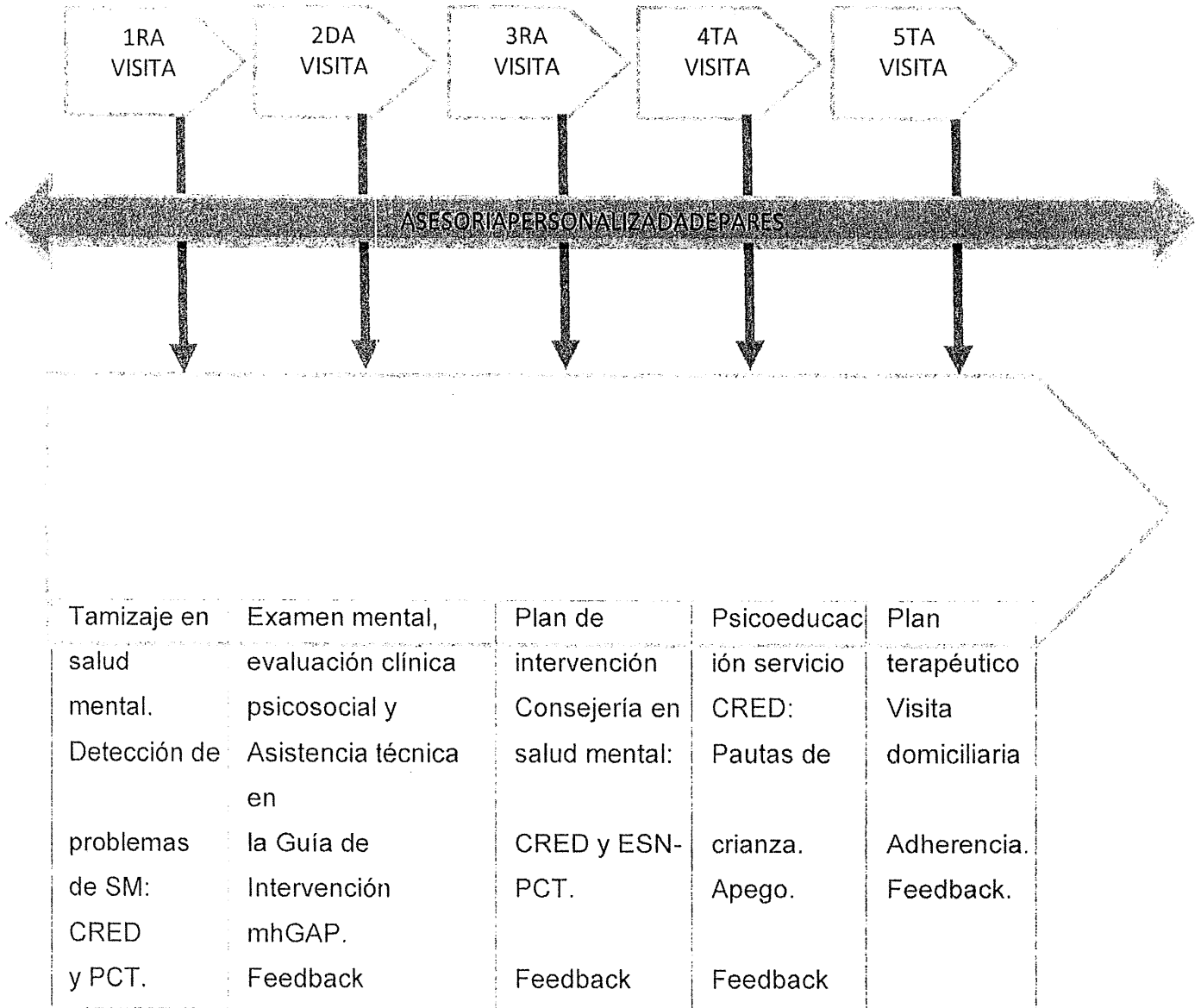
FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A TRABAJADORA SOCIAL





Anexo 16:

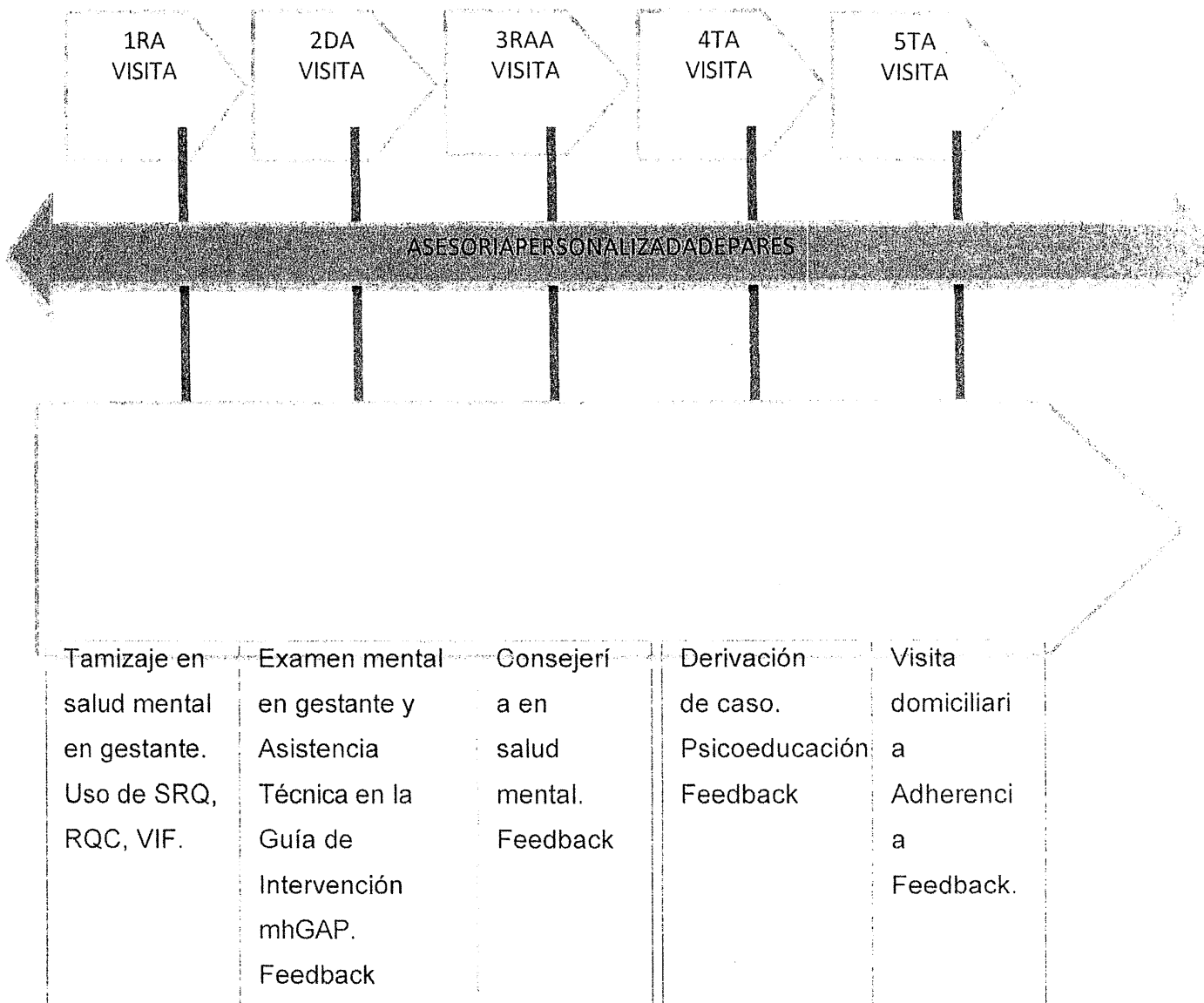
FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A ENFERMERÍA





Anexo 17:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A OBSTETRICIA





Anexo 18:
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:

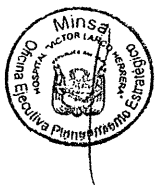
El (la) usuario contribuye al buen desarrollo de la visita (SÍ) (NO)

Explicar:

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

Explicar:

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





Anexo 19:

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 implementación y asesorarán y operativizarán la implementación de la intervención de salud mental.



Anexo 20

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:

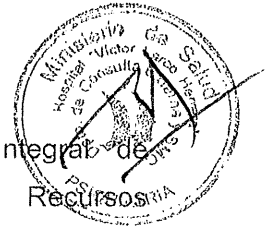
Donde los equipos interdisciplinarios desarrollan capacidades en los equipos básicos de los centros de salud en temas de detección de los problemas de salud mental priorizados, diagnóstico y el manejo integral de los problemas y trastornos mentales en atención primaria.

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 Triage, 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





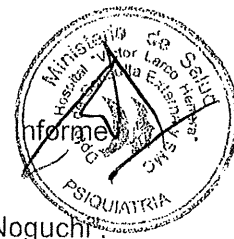
VIII. BIBLIOGRAFÍA:

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.
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.
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.
5. Organización Panamericana de Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington. 2009.
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.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos para la acción en salud mental. Perú, 2004.
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.
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 "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". 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. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio





PERU

Ministerio
de SaludHospital Víctor Larco Herrera
Dpto. Consulta Externa y
Salud Mental Comunitaria

- Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao 2002. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XVIII. Año 2002, suplemento 1. Lima.
14. 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 Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima.
 15. 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 Vol. XXI. Año 2005, Números 1 y 2. Lima.
 16. 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 Vol. XXIII. Año 2007, Números 1 y 2. Lima.
 17. Reyes J., Ochoa, L. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática and Macro International. 2001.
 18. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXII. Año 2006, Números 1 y 2. Lima.
 19. Anicama J., Vizcardo S., Carrasco J., Mayorga E. Estudio Epidemiológico sobre violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. LILACS. 1999. p.305.
 20. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIV. Año 2008, Números 1 y 2. Lima.
 21. Bland R. Psychiatry and the burden of mental illness. Can J Psychiatry 1998; 43 (8):801-10.
 22. Huamán J. Programa de Rehabilitación Integral en Salud Mental: Sub-programa de Rehabilitación psicosocial. Anales de Salud Mental 1996; XII:271-284.
 23. 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).
 24. Chero E. Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. 1era edición. Lima. 2010.
 25. Perales A. Psicoterapia de Apoyo. En: Rotondo H. Manual de Psiquiatría. 2a ed. Lima: UNMSM; 1998.
 26. Eguiluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. Editorial Médica Panamericana, 3ª ed. 2013.
 27. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología vol. 1. Editorial Mc Graw Hill, Edición Revisada, Madrid, 2008
 28. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, 8ª





- ed. 2003 (Traducción de la 8ª ed. Norteamericana, 2002).
29. Delgado H. Curso de psiquiatría. Editorial Médico Científica, 3ª edición, Barcelona, 1963.
30. Cruzado L. Glosario de Psicopatología. Compilado, Lima

