MINISTERIO DE SALUD

Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 184 -2017-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 30 de Noviembre de 2017

Visto; la Nota Informativa Nº 181-UFSMC-HVLH-2017, emitida por Coordinadora de la Unidad Funcional 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 respeto 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 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 respuestas 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 establecimiento 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 de 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 Facilicilitadores para la Capacitación de Equipos de la Salud en la Aplicación de la Metodología "Acompañamiento Clínico social";

Que, mediante documento del Visto, la Coordinadora de la Unidad Funcional de Salud Mental 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 Facilidades para la Capacitación de Equipos de la Salud en la Aplicación de la Metodología "Acompañamiento Clínico Psicosocial" ; los mismos que ha sido revisados por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y cuenta con su opinión favorable a través de la Nota Informativa N° 167-2017-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 la Directora 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 1º.- Aprobar, con eficacia anticipada al 30 de Julio del 2017, los Documentos Técnicos Denominados:

- **PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EN BASE A LA METODOLOGIA DE "ACOMPAÑAMIENTO CLÍNICO PSICOSOCIAL",** del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto a folios (74) incluido 18 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 CLINICO SOCIAL"** del Hospital "Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto a folios (65) incluido 16 anexos, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º 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 3º.- Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar los referidos Documentos Técnicos en el portal de internet del Hospital "Víctor Larco Herrera"

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Victor Larco Herre

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

EMRCH/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

Hospital "victor Larco Herrera"
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- 5 DIC 2017
RECIBIDO
Por: ..... Hora 10.25

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

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, Junio del 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. FINALIDAD

II. OBJETIVO

III. BASE LEGAL

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

V. CONTENIDO

5.1. Aspectos Técnicos Conceptuales

5.2. Situación Actual

5.3. Disposiciones Generales

5.4. Disposiciones Específicas

5.5. Descripción de Procesos

5.6 Presupuesto

5.7. 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. El Servicio 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.

Por lo cual 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 en el ámbito de nuestra jurisdicción y regiones.

I. FINALIDAD

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.

II. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Brindar criterios técnicos y estandarizar procedimientos para la 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 los trastornos mentales y problemas psicosociales con enfoque comunitario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales a favor de la salud mental.
- Planificar y organizar las acciones conducentes a la ejecución de la vigilancia comunitaria con agentes de salud.
- Implementar un programa de comunicación social para fomentar la salud mental a la población.
- Brindar asistencia técnica para desarrollar capacidades en la gestión estratégica en salud mental.
- Fortalecer la implementación de la detección de los problemas de Salud Mental y Psicosociales, Evaluación Clínica – Psicosocial, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico, Intervención Breve, Psicoeducación, Visita Domiciliaria y Rehabilitación Psicosocial en casos de personas con problemas de salud mental.

III. BASE LEGAL

1. Ley General de Salud Nº 26842
2. Ley Nº 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. Reglamento de la Ley Nº 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud 26842, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
4. Ley Nº 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.
5. Decreto Supremo Nº 006-97-Jus Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.
6. Decreto Supremo Nº 003-2009-MIMDES, el Estado Peruano aprobó el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015.
7. Resolución Ministerial Nº 943-2006/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental.

8. 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".
9. Resolución Ministerial Nº 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
10. Resolución Ministerial Nº 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° 526 -2011/MINSA, que aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
12. Resolución Ministerial N° 464 -2011/MINSA. Aprueba el documento técnico del Modelo de atención integral en la familia y la comunidad.
13. Resolución Ministerial Nº 012-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan General de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010".
14. Ley Nº 27050. Ley General de la Persona con Discapacidad.
15. D. Leg. N°1166. Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será aplicado en el área de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera y regiones. En este año se realizará en la Región de Piura-Sullana y en los C.S seleccionados de la DIRIS Lima Centro: C.S de Magdalena, San Miguel, Jesús María.

Está dirigido:

- Autoridades de DIRESA,RED, DRS:
  - Directores de la DIRESA, DRS, jefes de redes y microrredes.
  - Coordinadores de la Estrategia de Salud Mental
- Autoridades y equipos de EESS estratégicos seleccionados.
- 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: comedores, vaso de leche.

V. CONTENIDO

5.1 Aspectos Técnicos Conceptuales

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 tiene como antecedente la Declaración de Alma-Ata en 1978. En 1990 en la Declaración de Caracas representa el punto de partida de la reforma de la atención psiquiátrica[3]; quince años después la Declaración de Brasilia representa una actualización de la Declaración de Caracas.[4] En el 2009 la Organización Panamericana de Salud (OPS) emite el plan estratégico formal para la atención a la salud mental en la región de las Américas, en donde recomienda promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental y 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.[6] Así, en lo que corresponde a políticas y planes, en el 2004 se aprobaron los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental"[7], en el 2005 la "Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz" [8] y en el 2006 el "Plan Nacional de Salud Mental" en donde se reafirma lo anteriormente planteado.[9]

Es recién en el año 2011 que se activó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud. Con esta decisión se empezó la reorientación de la atención en salud mental, hacia un nuevo paradigma fundamentado en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria renovada con una esencia comunitaria. Un nuevo se dio en junio del 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 realice "preferentemente" de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social.[10]

En el 2014 el Ministerio de Economía aprueba la gestión realizada por el Ministerio de Salud, para la ampliación de una demanda adicional en el año 2015 a través del nuevo Programa Presupuestal N°131 de Prevención y Control en Salud Mental, con el objetivo fortalecer los servicios de salud mental.[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 efectué 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 necesitad que los pacientes con trastornos mentales sean hospitalizados. [11]

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.

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]

Tabla 1. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM 2002 y 2012

	Estudio Metropolitano 2012 [12]	**Estudio Metropolitano 2002**[13]
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%
CIE 10	E. Depresivo 17.2% D. Alcohol 7.5% TEPT 5.1% TAG 3% Fobia Social 2.2%	E. Depresivo 18.2% TAG 9.9% Fobia Social 7.9% TEPT 6% T. pánico 3.7%
Indicadores Suicidas (prevalencias de vida)	Deseo de morir 23.4% Planes de índole suicida 2.8% Conducta suicida 2.8% Potencialidad suicida 0.1%	Pensamiento de índole suicida 30.3% Conducta suicida 5.2% Potencialidad suicida 0.6%
Tendencia a la violencia	De vida 22.9%	De vida 30.2%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM. 12, 13.

Según la tabla N°1, se observa en general la disminución de las prevalencias de trastornos psiquiátricos en un periodo de 10 años. Si especificamos por diagnóstico según el CIE 10, los episodios depresivos siguen estando en primer lugar; en donde se observa una variación es en el segundo lugar, donde el trastorno de ansiedad generalizada es reemplazado por el consumo perjudicial y dependencia de alcohol.

Tabla 2. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM por regiones geográficas.

	Sierra 2003 [14]	**Selva 2004**[15]	**Costa 2006**[16]
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%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM. 14, 15,16.

Según la tabla N°2, con respecto a la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico es mayor en la selva, la de ansiedad en general es mayor en la sierra y la de trastornos depresivos es mayor en la selva. La prevalencia de abuso o dependencia es mayor en la sierra y selva en comparación con la costa.

En cuanto a la violencia en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000[17] se encontró que 34% de las mujeres vivían o habían vivido situaciones de control; 48%, situaciones humillantes; 25%, situaciones de amenaza y 41% de mujeres habían sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añadía que la mayor incidencia de maltrato infantil se registraba en lugares de mayor pobreza y exclusión social. Asimismo, se relacionaba con el bajo grado de instrucción de los padres, donde los factores de riesgo que propiciaban las situaciones de maltrato, no sólo estaban relacionados con los efectos de la difícil situación económica de las familias y el desempleo, sino también con la tolerancia y permisión que aún existen en nuestra cultura frente al castigo corporal. Un hallazgo importante es que, en muchos casos, estas características de maltrato o violencia se habían iniciado desde el periodo de

enamoramiento, habiendo sido las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11.3%) y de cualquier tipo de maltrato el 69%. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática el antecedente de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento estuvo presente en el 85.3% de los casos.[18] Un estudio de la violencia contra la mujer en Lima Metropolitana realizado en 1999 dio cuenta de que la tasa de violencia en la pareja era del 20%, habiendo sido el agresor el conviviente o esposo en más del 80 % de los casos y, la casa, el escenario de la conducta violenta.[19]

En el Perú, el abuso de sustancias alude al consumo de diversas sustancias entre ellas las más prevalentes son alcohol, marihuana y drogas derivadas de la cocaína (incluyendo el poli consumo). La sumatoria de los efectos producidos sobre la vida personal, laboral, el entorno familiar y el gasto público, hacen ver el consumo de drogas como un grave problema social y un dilema económico para el país. Según el último estudio epidemiológico INSM[12], las sustancias nocivas legales más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidos por la hoja de coca; y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, consumo perjudicial y dependencia en el género masculino. Sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 64.4%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 7.1%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 13.8%. Respecto a las sustancias específicas, la sustancia ilegal más consumida alguna vez es la marihuana (5.7%), cifra menor a la hallada en el Estudio Metropolitano 2002[13] con 6.3% y mayor respecto a Lima Rural 2007[20] que presentó una prevalencia de vida de 0.6%. En segundo lugar encontramos la cocaína en general (PBC o clorhidrato) con un 3.2%. Las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo el alcohol (38.7%) y el tabaco (13.3%).

En cuanto a los indicadores suicidas en relación al estudio del 2012 del INSM[12], los indicadores suicidas que van desde las formas más sutiles, como los deseos de morir, hasta los pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicida, se mostraban más sensibles ante el suicidio consumado y más susceptibles de acciones preventivas. De primera intención observamos que los indicadores son significativos, especialmente en el sexo femenino, llegando a un 6.8% la prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Además, observamos que un 23.4% de la población adulta de Lima Metropolitana y Callao, alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir; un 4.6% lo ha considerado en el último año y un 1.3% en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 8.9% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y, el 3.5%, planes suicidas. En cuanto a la conducta suicida, en este caso nos referimos al intento suicida, que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico; el 2.8% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y un 0.4% lo ha intentado en el último año, se debe tomar con cautela por la población en la cual se realizó, pero es clara la tendencia. De las personas que intentaron suicidarse, un 3.5% considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución. Es importante señalar que nuestra

población rural muestra cifras más altas, según los estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Lima Rural 2007[20]; con excepción de la prevalencia de pensamientos de quitarse la vida, planes suicida o el haber intentado suicidarse alguna vez en su vida. En contraste, se puede observar un retroceso con la situación encontrada en el 2002[13], en donde se observaba que el 30.3% de la población adulta de Lima Metropolitana y Callao, había pensado alguna vez en quitarse la vida y el 5.2% lo había intentado. Asimismo, el índice de potencialidad suicida pasó de 0.6 en el 2002 a 0.1 en el 2012.

Los trastornos mentales y discapacidad, constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad y 47.2% de todos los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) en países desarrollados, afectando en su mayoría a este tipo de pacientes y a los adultos mayores, siendo un punto crucial, pues no solo compromete su desarrollo como persona, sino que llega a comprometer su calidad de vida.[21] En salud mental, observamos la tendencia de los trastornos hacia la cronicidad y a producir secuelas; sin embargo, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico.[22] Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM han medido el grado de discapacidad en base a preguntas que indagaban sobre la pérdida de la capacidad de funcionamiento de la persona en su cuidado personal, en su medio social, familiar, ocupacional y en su autodirección. En Lima Metropolitana y Callao, la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad en el adulto fue de 26,5%, mientras que en la sierra urbana fue de 21,2%. En la selva urbana, ciudades fronterizas y ciudades de la costa, la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad fue de 8,5%, 11,1% y 10,7%, respectivamente. Por otro lado, el porcentaje de al menos alguna discapacidad en las áreas rurales de Lima y de la sierra fueron de 12,3% y 8,3%, respectivamente.[12]

5.3. Disposiciones Generales:

5.3.1 Definiciones Operacionales[23]

Acompañamiento clínico psicosocial y de gestión en salud mental:

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

Se considera:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4. Disposiciones Específicas:

5.4.1 De los objetivos específicos del acompañamiento

A nivel de redes sociales

1. Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales a favor de la salud mental.
2. Planificar y organizar las acciones acertadas a la ejecución de la vigilancia comunitaria con agentes de salud.
3. Implementar un programa de comunicación social para fomentar la salud mental.

A nivel de redes de salud

4. Brindar asistencia técnica para desarrollar capacidades en la gestión estratégica en salud mental.
5. Fortalecer la implementación de la detección de los problemas de salud mental y Psicosociales, evaluación clínica - psicosocial, diagnóstico y tratamiento farmacológico, intervención breve, psicoeducación, visita domiciliaria y rehabilitación psicosocial en casos de personas con problemas de salud mental.
6. Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de atención primaria de salud, en la mejora de procesos de atención de problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo de los procesos de referencia y contrarreferencia en salud mental, propiciar la continuidad del cuidado y/o cuidado compartido.

A nivel de hospitales generales

7. Brindar asistencia técnica para fortalecer el abordaje en emergencia y hospitalización breve en hospitales generales.

5.4.2 De la Metodología del Acompañamiento

Roles y funciones de los facilitadores-acompañantes:[23]

- Identificar y fortalecer las mejores prácticas de acompañamiento, ejerciendo un rol motivador.
- Brindar asistencia técnica oportuna al equipo gestor y equipo clínico psicosocial del establecimiento de forma periódica.
- Promover la incorporación de acciones de salud mental en la atención integral del establecimiento acompañado.
- 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 coordinador, para coordinar la ejecución de actividades.
- Asesorar al equipo en la evaluación y 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 acompañado y usuarios que participan durante el proceso de acompañamiento.

Procedimientos y técnicas para la visita de acompañamiento: [23]
Los facilitadores que realizan la visita de acompañamiento tendrán en cuenta los siguientes para llevar a cabo con efectividad la visita: (Ver Anexo 1)

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. Nos ayuda a conocer las fortalezas del establecimiento 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 en los establecimientos.
  - ✓ Orientación al equipo de facilitadores: Los médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadora Social, integrantes del equipo de facilitadores acompañantes, previo a las visitas de acompañamiento, reciben orientación sobre aspectos técnicos y administrativos, que les servirá para orientar sobre el proceso de atención: tamizaje, evaluación, diagnostico, 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 retro alimentación.
- 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, historia 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: Es la reunión con 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 a criterios establecidos, disponibilidad de recursos, estableciendo plazos.
- Reunión de trabajo con Directivos: Consiste en analizar conjuntamente con director de la red de salud y gerente, sobre aspectos administrativos, normativos, que facilitarán la implementación del servicio de salud mental y la toma de acuerdos para fortalecerlos.

Después de la visita:

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

5.4.5 Instrumentos para el informe de acompañamiento y monitoreo de mejora del establecimiento acompañado: [23]

Se cuenta con una ficha (Ver Anexo 2), para recoger la información, sobre gestión, atención, rehabilitación y promoción; cada componente tiene una valoración permitiendo determinar el nivel de implementación del servicio de salud mental de cada EE.SS. y contiene los siguientes aspectos:

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 y del equipo técnico 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.
4. Psicosocial
5. Vigilancia Epidemiológica

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 micro red 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.
- La microrred designará o propondrá en coordinación con la Red y/o DIRESA su equipo interdisciplinario responsable de salud mental a capacitarse.
- Seguimiento respectivo.
- Integración del responsable de la Estrategia de Salud Mental al equipo de gestión de la micro red.
- Monitoreo al responsable de la Estrategia de Salud Mental, proceso de capacitación y asesoría.
- Los responsables de estrategias y etapas de vida asesorarán y operativizarán la implementación de la intervención de salud mental.

5.5. Descripción de Procesos

A nivel de redes sociales:

Objetivo 1: Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales a favor de la salud mental.

Actividad 1.1: Coordinación previa con la DIRESA para la implementación de ACP.

- Coordinación con el director de la DIRESA, DRS; se brindará la información general sobre la estrategia a aplicar, se solicitará la autorización y fecha probable de la primera reunión técnica; posteriormente solicitamos nos derive con el encargado de la Estrategia de Salud Mental para que este a su vez se encargue de la organización de la reunión con las principales autoridades y actores sociales.
- Se solicitará a la dirección del HVLH emita una carta de presentación para presentarla el día concertado de la reunión a modo de presentación formal del equipo especializado.

Actividad 1.2: Reunión Técnica de gestiones y coordinaciones con el director de la DIRESA, jefes de las redes y microrredes, director de los hospitales generales, responsables de la Estrategia de Salud Mental y actores sociales.

1° Reunión técnica:

- Los asistentes de dicha reunión deben ser las siguientes autoridades: Director de la DIRESA, Jefes de redes y microrredes, gobierno local, comisaría, fiscalía, Demuna, Omaped, CEM, ONG, representantes de los medios de comunicación, entre otros.
- Se presentará el análisis situacional de la región, resaltando la brecha existente en la atención y el difícil acceso de la población a EE.SS.
- Se presentará el "*Plan de fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud mental*".

- Indagar sobre el avance en la implementación del servicio de salud mental, en el Plan Esencial del Aseguramiento de Salud (PEAS).
- Fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental en su comunidad.
- Selección del EE.SS. a acompañar.
- Toma de acuerdos respecto a las facilidades que se requieren para el desarrollo óptimo del ACP.
- Firma del acta de la reunión. (Ver Anexo 3)

Asesoría en la gestión

- Inclusión de las actividades de salud mental en el Plan Operativo Anual (POA) del EE.SS. a acompañar.
- Organización de los equipos para la implementación efectiva del servicio de salud mental en el EESS.
- Gestión de la dotación de RR.HH. adecuado para fortalecer las acciones de salud mental.
- Se fortalecerá la implementación del servicio de salud mental, siguiendo los estándares de calidad y en el marco del modelo comunitario.
- Asesoría en gestión del presupuesto asignado para salud mental, el abastecimiento de medicamentos psicotrópicos, financiamiento Sistema Integral de Salud (SIS) en salud mental.

Actividad 1.3: Sensibilización de las redes sociales y comunitarias con abogacía, vigilancia ciudadana, vigilancia comunitaria y comunicación social para el fomento de la salud mental. Estrategias de Acción:

- Coordinar con los responsables de la Estrategia de Salud Mental de la red y micro red del EESS a intervenir, para que convoque a los agentes comunitarios de salud y los representantes de los medios de comunicación para la capacitación en temas de salud mental.
- Sensibilización en salud mental, el cual comprenderá los siguientes temas:
- Sensibilización con respecto a la importancia y desestigmatización de la salud mental y la necesidad de incluirla como elemento de trascendencia en la salud integral.
- Elaboración de acciones para la difusión y fomento de la salud mental en su comunidad e identificación de casos relacionados.

Actividad 1.4: 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. Estrategias de Acción:

- Convocar a una reunión a las diferentes autoridades comprometidas con el trabajo articulado dentro de la comunidad en la que se realizará el ACP.
- Socializar la 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.

Actividad 1.5: Reuniones periódicas de gestión con Director de Red, jefes de microrredes, director de hospitales, autoridades de EE.SS. y actores sociales. Estrategias de Acción:

- Cada dos meses se realizará una reunión con las autoridades para realizar una retroalimentación acerca de los avances del ACP en su comunidad, así como también se recogerán sus inquietudes y aportes al respecto.
- Eventualmente, en caso de considerarse necesario se pueden desarrollar reuniones extraordinarias convocadas por el equipo especializado del HVLH o de las autoridades.

Objetivo 2: Planificar y organizar las acciones conducentes a la ejecución de la vigilancia comunitaria con agentes de salud.

Actividad 2.1: Brindar asesoría al responsable de promoción de salud, para la vigilancia comunitaria en salud mental, asimismo acompañar en el proceso de capacitación de agentes comunitarios en temas de salud mental. Estrategias de Acción:

- Capacitación y sensibilización al responsable de promoción de la salud de los EESS a intervenir acerca de los programas de prevención en los principales trastornos mentales y problemas psicosociales.
- Esta asesoría se realizará cada vez que se desarrolle el ACP en los EESS a intervenir.

Actividad 2.2: Acompañamiento en la formación de agentes comunitarios sensibilizados y comprometidos en salud mental.
El perfil del agente comunitario de salud mental: Mayor de edad, comunicativo y respetuoso de las creencias y tradiciones de la población, un líder comunitario con capacidad de convocatoria, tener iniciativa para resolver problemas de salud mental detectados y un compromiso con el trabajo comunitario y no de lucro. Debe estar en capacidad de ejecutar las actividades que le corresponden sin tener condicionamientos económicos que dificulten su labor.[24]
Estrategias de Acción:

- La capacitación de los agentes comunitarios será realizada por el responsable del PROMSA y su equipo de salud, capacitación que se realizará bajo la modalidad de acompañamiento en pares.
- En la fecha previa se entrevistará al jefe del Promsa y se le entregará los módulos de capacitación a los agentes comunitarios. Para que puedan realizar su material didáctico al cual se le hará seguimiento por vía internet.
- En la fecha previamente acordada se realizará la charla de inducción, en donde se desarrollará la siguiente temática:
  - Importancia de la Salud Mental.
  - Explicación de las funciones de un agente comunitario de salud mental.
- Firma de un acta de compromiso para la realización de trabajos conjuntos entre el responsable de promoción de la salud y los agentes comunitarios de salud mental. (Ver Anexo 4)

Actividad 2.3: Capacitación de agentes comunitarios de salud en temas de salud mental. Estrategias de Acción.

- La capacitación debe desarrollarse de manera teórico-práctica, con la participación activa de agentes comunitarios. Se utilizará dinámicas grupales, participación en campañas de salud, etc.
- Capacitación en:
  - Conocimiento básico de los problemas de salud mental más comunes: Depresión y suicidio, ansiedad, psicosis, alcoholismo, violencia, habilidades para la vida.
  - Promoción y difusión de la salud mental en su comunidad.
- Desarrollo de la vigilancia comunitaria en salud mental, con la identificación de problemas de salud mental.
- Orientación básica a las personas y/o familiares de personas que sean identificados con problemas de salud mental en torno a las acciones que deben tomar para su adecuado afrontamiento.
- Capacitación sobre el llenado correcto de la hoja de referencia del agente comunitario en salud mental. (Ver Anexo 5)
- Derivación oportuna de los usuarios con problemas de salud mental al EE.SS. para la atención por el personal médico.
- Seguimiento de los casos brindando el apoyo necesario a las personas y las familias con trastornos mentales, además asegurar la vinculación con los encargados de salud mental y de promoción de la salud.

Actividad 2.4: Articulación de agentes comunitarios de salud mental y el EESS o Centro de Salud mental Comunitario (CSMC). Estrategias de Acción:

- Los agentes comunitarios de salud mental deberán derivar y/o acompañar, de manera oportuna, a pacientes al establecimiento más cercano con su hoja de referencia.
- La vía de ingreso de todo paciente será por el consultorio de medicina, es el médico quien realizará la primera entrevista, en caso no hubiese será por psicología, enfermería, trabajador social y/o obstetricia, en ese orden jerárquico.

Objetivo 3: Implementar un programa de comunicación social para fomentar la salud mental a la población.

Actividad 3.1: Reunión de coordinación y gestiones con los diferentes responsables de comunicación social de los diferentes EE.SS. Estrategias de Acción:

- Se coordinará con el jefe de la oficina de comunicaciones del EE.SS. para la difusión de actividades del plan.

Actividad 3.2: Difusión del plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología de acompañamiento clínico psicosocial a EE.SS. del primer y segundo nivel de atención y hospital general. Estrategias de Acción:

- A través de la oficina de comunicación del EE.SS. en donde se está realizando el ACP previa coordinación, se iniciará la difusión del mismo en los diferentes EESS pertenecientes a la red acompañada y el hospital general correspondiente.

Actividad 3.3: Difusión del plan del fortalecimiento de competencias en base a la metodología del acompañamiento clínico psicosocial a la población en general a través de los diferentes medios de comunicación de la zona.

- Asesoría en las acciones de difusión y fomento de la salud mental en su comunidad, por medio de folletos, volantes, radio y televisión de la región, en la cual se dará los alcances del servicio de salud mental que se brindará en el EESS e información básica de las principales patologías prevalentes de la zona para su detección oportuna, previa coordinación los encargados respectivos.

A Nivel de redes de salud

Objetivo 4: Brindar asistencia técnica para desarrollar capacidades en la gestión estratégica en salud mental.

Actividad 4.1: Reunión de gestión para incluir las actividades de salud mental en el POA y visita a los diferentes servicios del EESS. Estrategias de Acción:

- Se concertará una reunión entre el equipo especializado con el jefe del EE.SS. y encargados de las diferentes estrategias del EE.SS. en el cual se va a realizar el ACP.
- En la reunión de coordinación donde se creará el equipo de salud mental del EE.SS., asignado por el jefe del EE.SS., conformado por el personal asistencial, el cual deberá estar constituido en lo posible por un médico, psicólogo, trabajadora social, enfermera, psicólogo y/o obstetra. El personal en lo posible debe ser de contratación permanente, y de preferencia los integrantes deben ser personas motivadas y comprometidas con el trabajo en salud mental.
- El equipo estará dirigido por el personal médico o en su defecto por personal equivalente en el área: psicólogo, trabajadora social, enfermería y obstetricia (en ese orden jerárquico). Este equipo será el responsable de la capacitación, actualización, supervisión y monitoreo de los equipos conformados por centros de menor complejidad a su cargo, los cuales mantendrán la misma disposición jerárquica.
- Se visitará los diferentes servicios del establecimiento para el acopio de información inicial.
- Se realizará la visita a farmacia, para entrevistar al químico farmacéutico o responsable del servicio, e indagar sobre el abastecimiento de los psicofármacos por el SIS, el petitorio y la dotación física de los medicamentos.
- Realizar el listado de requerimiento de los psicofármacos faltantes según las principales patologías referidas en la Guía de Intervención mhGAP y enviar

la documentación a la microrred o red respectiva para el abastecimiento adecuado.

- Se ratificará que el equipo debe elaborar un plan de estrategia para la mejora del servicio de salud mental e incluirlo en su POA.
- Se ratificarán los acuerdos que figuran en un acta de compromiso firmada por todos los representantes del equipo.

Actividad 4.2: Organización de los equipos para la implementación efectiva del servicio de salud mental en el establecimiento. Estrategias de Acción:

- El encargado de salud mental de la microrred y el jefe del EE.SS. acompañado debe garantizar la asistencia permanente del mismo personal en las diferentes visitas del ACP.
- El equipo de salud mental debe velar por el cumplimiento y el uso adecuado del presupuesto de la estrategia de salud mental.
- Finalmente será mediante la firma de un acta de compromiso, a través de la cual se compromete a cumplir con todo lo acordado.

Actividad 4.3: Incidencia con los jefes responsables de la coordinación de salud mental en la DIRESA, Red para la dotación de RR.HH. adecuados para fortalecer las acciones de salud mental. Estrategias de Acción:

- El equipo especializado del HVLH, inicialmente, coordinará con los directores de la DIRESA, DRS, jefes de la red con la finalidad de instarlos a que sean ellos mismos quienes deleguen al personal correspondiente del EE.SS. que considere idóneo para realizar el trabajo de ACP.
- Luego de gestionar dicha acción con el personal directivo, se le debe solicitar que se expida una Resolución Directoral con el listado del personal asignado, para su cumplimiento.

Actividad 4.4: Acompañar en la implementación del servicio de salud mental en su ámbito de atención, siguiendo los estándares de calidad y en el marco del modelo comunitario y el nuevo proceso de reforma de salud mental. Estrategias de Acción:

- Fortalecer la implementación del servicio de salud mental mediante la verificación que el personal asignado cuenta con todos los materiales necesarios como: La hoja HIS, manual del CIE 10 de trastornos mentales, cuestionarios de tamizajes, formatearías, para llevar a cabo una adecuada atención.

Actividad 4.5: Gestionar adecuadamente el presupuesto asignado para salud mental, adecuado abastecimiento de medicamentos psicotrópicos, financiamiento SIS en salud mental. Estrategias de Acción:

- Verificar que las asignaciones presupuestadas para salud mental sean destinadas adecuadamente a ésta en atención primaria.
- Implementación y el abastecimiento adecuado de psicofármacos en la farmacia del establecimiento de salud acompañado.

- Verificar que el SIS cubra las atenciones de pacientes con trastorno en salud mental.

Objetivo 5: Fortalecer la implementación de la detección de los problemas de Salud Mental y Psicosociales, Evaluación Clínica – Psicosocial, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico, Intervención Breve, Psicoeducación, Visita Domiciliaria y Rehabilitación Psicosocial en casos de personas con problemas de Salud mental.

Actividad 5.1: Capacitación en estigmas de salud mental, uso de Guías de intervención mhGAP y fichas de tamizaje. Estrategias de Acción:
En una primera reunión se capacitará al equipo interdisciplinario de atención primaria en el examen mental, en la Guía de intervención mhGAP, y uso de fichas de tamizaje.

- En el acompañamiento por pares se capacitará en las intervenciones breves y psicoeducación de los pacientes con trastornos mentales.
- Además se sensibilizará sobre la importancia del seguimiento por medio de las visitas domiciliarias y en la rehabilitación psicosocial de los pacientes y su reinserción en la sociedad.

Actividad 5.2: Capacitación integral continúa mediante la asesoría técnica en acompañamiento por pares en la detección, evaluación, atención, tratamiento y rehabilitación de usuarios con trastornos mentales. Estrategias de Acción:

Acompañamiento Clínico Psiquiatra-Médico General de atención primaria:

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. Para esto el psiquiatra acompañante debe facilitar información previa al médico acompañante para que se familiarice con el tema.
- Se explicará la importancia del registro del examen mental en la historia clínica del usuario, posibilitando la identificación de los signos y síntomas en salud mental.
- Al inicio del acompañamiento se solicitará la autorización al usuario, para ser atendida por los dos 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 y diagnóstico a manera de ejemplo, luego el medico acompañado iniciará las evaluaciones a los usuarios siguientes.

- Se atenderá con asesoría en anamnesis, examen mental, diagnóstico, evolución y primera prescripción.
- Finalmente el psiquiatra facilitador tomará nota de las observaciones del acompañamiento en la ficha de acompañamiento (Ver Anexo 7).
- Se felicitará al médico acompañado por la actividad realizada.

Retroalimentación: Se realiza el reforzamiento de acuerdo a la dificultad observada en el momento del acompañamiento, 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 y glosario de términos"*, para reforzar los temas trabajados. (Ver Anexo 6).
- Se firmará un acta. (Ver Anexo 8)

Registro: Registrar en la historia clínica toda evaluación realizada. Se consignará el diagnóstico mediante el CIE 10 en hoja HIS, SIS.

2da. Visita. Tratamiento farmacológico.

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

- Se iniciará socializando brevemente aspectos relacionados al uso de psicofármacos.
- Se tendrá énfasis en cada evaluación en el tratamiento farmacológico de acuerdo al diagnóstico establecido con un enfoque en atención primaria. Consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- La asesoría del psiquiatra facilitador se realizará cuando el médico acompañado atienda a cada usuario.
- Al finalizar de la asesoría se procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.
- Se realizará el feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación: (Similar a la visita anterior)

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Se entregará un breve material didáctico con la información brindada.
- Se implementará el acompañamiento vía virtual a través del whatsApp, mensajes de texto u otros medios de comunicación.

Registro: (Similar a la visita anterior)

3ra. 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. Reforzando que el médico tratante tenga una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones negativas del usuario. Esto incluye [25]:
  - Relación médico-paciente.
  - Estimular la verbalización de los sentimientos, el médico utilizará toda oportunidad para reforzar la sensación de comprensión empática, lo que incrementa la intensidad de la relación emocional entre médico y paciente.
  - Señalamiento continúo de realidad.
  - Alentar el sentimiento de esperanza real.
  - Satisfacer la necesidad de dependencia y combatir el sentimiento de soledad.
  - Combatir el sentimiento de "no puedo" y alentar la autoafirmación.
  - Combatir los falsos conceptos, reasegurando y cortando el circuito vicioso de síntoma-idea-temor.
  - Alentar la socialización y la exteriorización de intereses.
  - Utilización adecuada del ambiente.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

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 en el primer nivel de atención.
- Continuar con el seguimiento por medios de comunicación en tiempo real.

Registro

4ta Visita. Psicoeducación y manejo de efectos adversos

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

- Aspectos teóricos sobre psicoeducación y efectos adversos de psicofármacos.
- Se brindará asesoría al médico acompañante en psicoeducación de los trastornos mentales más prevalentes (depresión, ansiedad, trastornos somáticos, entre otros); al inicio el facilitador brindará la información al

primer usuario, luego el médico acompañado iniciará la psicoeducación a los usuarios siguientes.

- Se explorará el manejo de efectos adversos de los psicofármacos indicados.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Se entregará material breve sobre efectos adversos de psicofármacos.

Registro.

5ta Visita. Manejo de intercurrencias y emergencias, visita domiciliaria.

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

- Aspectos teóricos de intercurrencias y emergencias psiquiátricas al médico acompañante.
- El médico acompañado preguntará a cada usuario sobre las intercurrencias del tratamiento prescrito Se enfatizará de intercurrencias 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 pacientes con trastorno mental elegidos en compañía del personal de salud encargado, con el fin de vigilar la adherencia a la medicación, la misma que se valorará también durante las consultas, al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación

Indicaciones y acuerdos técnicos

- Se entregará material breve sobre efectos adversos de psicofármacos.
- Se acordará identificar un paciente para la visita domiciliaria.

Registro

(Ver Anexo 9: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a medicina)

Acompañamiento Clínico Psicólogo–Psicólogo de atención primaria:

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

Asesoría en Servicio: La evaluación psicológica comprende un conjunto de procedimientos que permiten realizar un diagnóstico que resulta de la visión integral y profunda de la persona. En el caso de un paciente 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.
- Posteriormente será él psicólogo acompañado quien realiza la entrevista con el acompañamiento del psicólogo facilitador.
- Se muestra atento, escucha y pregunta sin interrumpir el relato del usuario.
- Aplica el examen mental mediante el cual, obtiene información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo del usuario.
- Utiliza la entrevista para realizar la anamnesis con el fin de obtener datos referentes a antecedentes familiares y personales.
- Se consigna el diagnóstico luego de la evolución psicológica
- Se informa al paciente los objetivos de la siguiente sesión, se brinda la próxima cita y se despide de forma amable.

Retroalimentación. (Similar a la visita anterior)
Indicaciones y acuerdos técnicos. (Similar a la visita anterior)
Registro. (Similar a la visita anterior)

2da. Visita: Evaluación Psicológica: Instrumentos psicológicos

Asesoría en Servicio: Se aplica y califica los instrumentos utilizados en la evaluación. Se realizan los siguientes procesos:

- Se selecciona los instrumentos psicológicos a emplear según sea el caso. (Ver Anexo 10)
- El primer tamizaje será realizado por el psicólogo acompañante, los siguientes lo hará el psicólogo acompañado.
- Se le explica al paciente los instrumentos psicológicos que se utilizará en su evaluación, así como los procesos para su administración, brindando confianza y seguridad. Acto seguido, aplica los instrumentos, acompañando todo el proceso de evaluación.
- Terminada la evaluación, orienta al paciente y le da la próxima cita.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.
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 brinda instrumentos psicológicos adicionales para la exploración diferencial según sea el caso.

Registro.

3era. Visita: Registro y evolución psicológica; derivación del caso.

Asesoría en Servicio: Se registrará en la historia clínica, la información de la atención al paciente y el diagnostico 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 paciente 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.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- La derivación a medicina tiene que ser inmediata y oportuna con el fin de disminuir el riesgo de daño de los pacientes y brindar una atención efectiva.

Registro.

4ta. Visita: Informe psicológico

Asesoría en Servicio: Esta 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 11) 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 paciente si lo solicita.
- Explica las recomendaciones sugeridas y plantea la intervención psicológica si fuera el caso.
- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- El servicio de psicología del EE.SS. debe establecer un modelo único de informe psicológico para uniformizar los procesos.

Registro.

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 12). 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 paciente para las sesiones de intervención individual necesarias.
- A la culminación del procedimiento de intervención individual, habiéndose cumplido los objetivos planteados, el paciente 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.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

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.

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 paciente para las sesiones de intervención grupal necesarias.

Retroalimentación.

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 Trabajadora social a Trabajadora social de atención primaria:

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, adulto mayor que acuden al servicio.
- Se brinda asesoría, en la aplicación de estos instrumentos en el momento de la consulta, puede realizar un modelo aplicando la primera ficha, explicando que si el caso es positivo derivar a medicina para la evaluación médica.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en la atención al usuario.

Retroalimentación

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.

Asesoría en servicio: Se brindará la siguiente asesoría:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental.
- La evaluación socio familiar, diagnóstico y formulación del plan de tratamiento social lo realizara la trabajadora social acompañada en presencia de la facilitadora.
- En la entrevista para el estudio social al usuario y su familia con problemas de salud mental y/o problemas psicosociales, el objetivo es de 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. En favorecer el bienestar del niño/a, adolescente, adulto y adulto mayor mediante la integración en su medio.

- 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 desarrollo de actividades de prevención, promoción, rehabilitación y reinserción social desde una dimensión social y comunitaria. Para ello, se pedirá su autorización de ser atendido por dos 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: descriptiva y uso de los códigos Z del CIE-10.
- Formulación del plan de tratamiento social de acuerdo a la problemática social y necesidades identificadas.
- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos.

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, 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:
    - Fase de inicio: Presentación del usuario en el servicio, donde se explora, se clarifica y se definen los objetivos de intervención.
    - Fase de proceso del desarrollo: Son las sesiones realizadas según la problemática.
    - Fase de cierre: Compromiso del usuario de buscar alternativas de solución a la problemática presentada.
- Técnicas que utiliza en el proceso de la consejería: Están de acuerdo a problemática abordada.

- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro.

4ta. Visita. Visita domiciliaria.

Asesoría en servicio: La en visita domiciliaria: La facilitadora brindará asesoría para el desarrollo de la actividad en el domicilio del usuario con el fin de conocer su situación socio familiar (verificar ínsitu aspectos socioeconómicos y la relación entre sus miembros y el entorno), y mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar, social, comunitario y seguimiento. Con el objetivo de fortalecer la identificación e intervención temprana de los factores de riesgo y determinantes sociales y dar a conocer sus propios recursos y los recursos existentes de su comunidad y fomentar la participación.

- 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, sin enjuiciar la situación y el comportamiento de los padres, reconociendo en todo momento sus habilidades y deseos de ser buenos padres.
- Para la visita domiciliaria tener en cuenta las tres fases:
  - Fase preparatoria o de planeamiento: El motivo que 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 realizada e informe.

Feedback de sesión anterior.
Retroalimentación.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro.

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

Asesora de servicio: La facilitadora realizar 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, considerando los siguientes aspectos: Técnicas y metodología, para la implementación de sesiones psicoeducativas:
- Asesoría en uso de redes sociales: Poner de su conocimiento de los recursos existentes en su comunidad su ubicación, funcionamiento, requisitos de acceso, etc.

- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro.

Acompañamiento Clínico Enfermera – Enfermera de atención primaria:

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:

- Los instrumentos de tamizaje (RQC, SRQ-18, VIF) explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental de los niños, adultos.
- En el 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 aplicar el SRQ y VIF, y en el niño el RQC. Los cuáles 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, así mismo, 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 a cargo de la enfermera y del técnico de enfermería, 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 que a todos los casos positivos se les debe brindar orientación y o consejería según lo requiera el caso, se debe también establecer los criterios con la enfermera para establecer el mecanismo de derivación.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Retroalimentación

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.
- 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

2da. Visita: Valoración del examen mental, evaluación clínica psicosocial

Asesoría en Servicio: Implica, que la enfermera facilitadora brindará la asesoría:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental
- Explicando la importancia del registro descriptivo de las funciones mentales y psicológicas del paciente posibilitando la identificación de los signos y síntomas presentes en un usuario en un momento determinado.
- Para tal fin se le pedirá su autorización al usuario, para ser atendida por los dos profesionales.
- Se atenderá con asesoría del facilitador enfermero a tres usuarios. Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Retroalimentación

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 paciente 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 pacientes 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

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

Asesoría en Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño:

- Explicar que es la consejería en salud mental.
- En caso el tamizaje es positivo, se transmite la razón de la derivación y tratamiento oportuno si lo requiere, estableciendo una relación de ayuda, identificar y responder las necesidades del usuario estar atento a sus temores y dudas para despejarlas.
- 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

Indicaciones y acuerdos técnicos:

Registro:

Asesoría en Servicio de ESN-PCT: El facilitador y enfermera del servicio abordara según hallazgos:

- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea positivo, se educa 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, estas ayudarán a establecer una relación de ayuda con el usuario, identificar y responder a sus necesidades, además que este acepte el tratamiento y regrese para la visita de seguimiento.
- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea negativo, de la misma manera se brinda orientación respecto la prevención de factores de riesgo y potenciar los factores protectores en salud mental.

- En caso de que reciba tratamiento de la especialidad se brindará consejería para favorecer la adherencia al tratamiento: importancia del tratamiento, administración correcta de fármacos, efectos colaterales.

Retroalimentación

Indicaciones y acuerdos técnicos:

Registro

4ta. Visita: Intervenciones psicoeducativas servicio CRED

Asesoría en Servicio de CRED:

- Se iniciará socializando aspectos relacionados a la psicoeducación, objetivos evaluar el apego, vinculo y pautas la crianza de los niños.
- Se explicará la importancia 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 de contar con el manual respectivo que consta de 2 sesiones.
- Psicoeducación para depresión:
  - Iniciará socializando aspectos relacionados a depresión.
  - Explicando la importancia de que los usuarios que conozcan aspectos importantes en relación a la depresión y posibilitar la expresión de emociones en un clima de respeto y tolerancia.
  - Para tal fin desde el inicio del acompañamiento se le pedirá a la enfermera del servicio que para esta fecha cite a los pacientes con diagnóstico de depresión agrupándolos de 10.
  - La enfermera facilitadora desarrollará el primer tema para lo cual deberá de contar con el manual respectivo que consta de 4 sesiones
- La Enfermera del establecimiento desarrollará el siguiente tema guiándose del manual respectivo.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.

Retroalimentación.

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

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

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

Asesoría en Servicio: Implica, que la enfermera facilitadora brindará la asesoría:

- Se establecerá el plan terapéutico de enfermería, con colaboración del facilitador.
- Brindará asesoría para adherencia del tratamiento, administración de fármacos, lugar de almacenamiento, horarios y/o demostrar 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 indicado (farmacológico/psicosocial) y la identificación de necesidades o problemas de la familia.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.

Retroalimentación.

- Todo usuario con diagnóstico de depresión deberá ser incluida en psicoeducación grupal

Registro

- (Ver Anexo 15: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Enfermería)

Acompañamiento Clínico profesional en salud mental - Obstetra de atención primaria:

1era. Visita. Tamizaje en salud mental en gestante.

Asesoría de servicio: Implica, que el profesional en salud mental brindará la asesoría:

- Iniciará socializando los instrumentos de tamizaje (RQC, SRQ-18, VIF), explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental.
- Brindando asesoría, en la aplicación de estos instrumentos en el momento de la consulta, puede realizar un modelado aplicando la primera ficha, la consejería.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Retroalimentación
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro

2da. Visita. Examen mental en gestante.

Asesoría de servicio:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental.
- Explicando la importancia del registro descriptivo de las funciones mentales y psicológicas del paciente posibilitando la identificación de los signos y síntomas presentes en un usuario en un momento determinado.

Retroalimentación
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro

3era. Visita. Consejería en salud mental.

Asesoría de servicio: Para tal fin se le pedirá su autorización al usuario, para ser atendido por los dos profesionales, el facilitador y la obstetras del servicio abordará según hallazgos:

- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea positivo, se educa 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, estas ayudaran a establecer una relación de ayuda con el usuario, identificar y responder a sus necesidades, además que este acepte el tratamiento y regrese para la visita de seguimiento, Si el obstetra es asesorada por primera vez, se atenderá 3 usuarios con la asesora 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.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro

4ta. Visita. Derivación de caso, psicoeducación.

Asesoría de servicio: El facilitador brindará orientación:

- Si el tamizaje resulta positivo tendrá que ser derivado al servicio de medicina, para que el médico evalué el caso.
- Si durante la realización del examen mental 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

Indicaciones y acuerdos técnicos
Registro.

5ta. Visita. Visita domiciliaria. Adherencia.

Asesoría de servicio:

- 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 indicado (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
Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Realizar visita domiciliaria a las gestantes que resulten con tamizaje positivo, ha recibido evaluación e iniciado tratamiento y no cumple con tratamiento indicado y después de recibir consejería persiste.
- Casos de pacientes con diagnóstico de trastorno mental que no cumplen con las indicaciones terapéuticas.

Registro

(Ver Anexo 16: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Obstetricia)

Actividad 5.3: Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas prevalentes.

- Se presentará casos clínicos de los trastornos psiquiátricos más prevalentes mediante diferentes técnicas (narrativo y juego de roles) para poder evaluar, diagnosticar y brindar un abordaje integral al paciente.
- El equipo interdisciplinario del primer nivel de atención también podrá presentar casos clínicos por su complejidad, manejo psicofarmacológico, psicosocial, soporte familiar, adherencia al tratamiento entre otros, en la que el equipo técnico especializado da su aporte, para el manejo del caso.
- La presentación de casos clínicos aumentará en complejidad con respecto a las posteriores visitas, según convenga el equipo acompañado.

Actividad 5.4: Revisión de registros clínicos.

- Se revisaran 5 historias clínicas de cada servicio (crecimiento y desarrollo, salud sexual reproductiva, medicina, psicología), para lo cual se coordinara con el jefe de estadística o admisión, para sacar las historias clínicas, las que serán seleccionadas al azar teniendo en cuenta el reporte HIS del último trimestre en relación a la fecha de visita.

- Esta actividad es otro momento importante para el proceso enseñanza aprendizaje, al revisar las Historias clínicas, se va reforzando los aspectos clínicos, terapéuticos y se fortalece el registro de datos en historia clínica: Motivo de consulta, tiempo de enfermedad, examen físico, examen mental, diagnóstico, prescripción farmacológica, intervención psicosocial, referencia o derivación a otro servicio, seguimiento: fecha de cita. El equipo absolverá las preguntas y dudas del equipo.

- Brindará asesoría de acuerdo a los hallazgos y dificultades encontradas en relación a la evaluación, diagnostico, farmacoterapia, intervenciones psicosociales, rehabilitación, seguimiento.

Actividad 5.5: Asistencia técnica para el adecuado registro epidemiológico y estadístico HIS/SIS.

- Realizar la entrevista con el jefe de estadística, para conocer sobre el registro de las actividades de salud mental, revisar los formatos HIS, SIS, con registro de atenciones y tamizajes de salud, uso de los códigos CIE-10 y los códigos de las intervenciones psicosociales.

Actividad 5.6: Visitas domiciliarias.

- Las visitas domiciliarias están dirigidas a las familias con problemas psicosociales o familias de pacientes con algún trastorno mental.
- Las visitas domiciliarias lo realizarán todo el personal del equipo, médico, enfermería, trabajadora social, psicología, u obstetricia según sea el caso.
- El número de visitas es variable según sea cada caso, el número mínimo de visitas por año es de tres, no habiendo un máximo establecido ya que eso lo define el equipo de salud mental.
- Asesoría en servicio de visita domiciliaria:
  - Iniciará socializando el instrumento de visita domiciliaria (Ver Anexo 17), explicando la importancia de conocer el medio natural donde vive el usuario, los factores que favorecen o impiden el cumplimiento del tratamiento indicado (farmacológico/psicosocial) y la identificación de necesidades o problema de la familia.

- Se brindará asesoría, educación para adherencia del tratamiento, administración de fármacos, lugar de almacenamiento, horarios y/o demostrar de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Objetivo N°6: Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de atención primaria de salud, en la mejora de procesos de atención de problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo de los procesos de referencia y contrarreferencia en salud mental, propiciar la continuidad del cuidado y/o cuidado compartido.

Actividad 6.1: Reunión técnica con los encargados de la oficina de referencia y contrarreferencia de los diferentes establecimientos de salud. Estrategias de Acción

- Se realizará una reunión con el personal encargado de las acciones de referencia y contrarreferencia del EESS.
- Por otro lado, también se abordará lo relacionado a las referencias y contrarreferencias que se deben realizar a los Centros de Salud Mental Comunitarios, en caso de que en el sector exista uno u hospital; así como también del seguimiento de los casos en EESS de atención primaria. Además incidir en la notificación y el registro, así como la coordinación de las referencias y contra referencias de mayor complejidad.
- Se deben colocar en acta los diferentes acuerdos a los que se llegaron en la presente reunión. (Ver Anexo 18)

Actividad 6.2: Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios a través de un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y eficiente.

- El Equipo especializado del HVLH, en cada una de las visitas que realice al EE.SS., verificará en la oficina de estadística del mismo cómo se viene desarrollando el proceso de referencia y contrarreferencia de los diferentes casos que se vienen abordando bajo el esquema comunitario.
- De darse el caso que las referencias para el trabajo interdisciplinario no se esté realizando o se esté realizando de manera deficiente, el equipo especializado del HVLH se reunirá con el equipo interdisciplinario, conjuntamente con el personal encargado del Departamento de Estadística del EE.SS. para analizar la problemática existente y realizar, en forma articulada, las sugerencias y ajustes que se requieran para fomentar el trabajo en equipo.
- El usuario que asiste a su EE.SS. y es atendido por el médico, de acuerdo a su evaluación por grado de complejidad realizará la referencia; de lo contrario será manejo en el propio establecimiento de salud.

A nivel de hospital general

Objetivo N°7: Brindar asistencia técnica para fortalecer el abordaje en emergencia y hospitalización breve en los hospitales de la jurisdicción.

Actividad 7.1. Asesoría técnica de gestión para la implementación de internamiento breve en el Hospital General. Estrategias de acción:

- Se concertará una reunión entre el equipo especializado del HVLH y el Director del Hospital General de la región, para coordinar la implementación y los requerimientos necesarios para la implementación del servicio de Hospitalización Breve.
- Se desarrollará la reunión de coordinación donde se creará el equipo de salud mental destinado al servicio de Internamiento Breve, conformado por el personal asistencial de dicho establecimiento, el cual deberá incluir del personal médico, enfermería, psicología, trabajo social, obstetras.
- Se brindará capacitación sobre el manejo de las distintas patologías psiquiátricas que se abordarían dentro del servicio, las cuales estarán bajo la clasificación del CIE10 y de acuerdo con las patologías prevalentes de su región.
- Se capacitara al personal en los criterios de hospitalización, los que estarán en relación al análisis médico basado en su incompatibilidad para interactuar con la sociedad.
- Definir la responsabilidad de ejecución de las intervenciones de salud mental en diferentes niveles del abordaje del programa, buscando la integración de los servicios existentes en cada nivel de atención.
- Se capacitará en el manejo de pacientes hospitalizados y medicación ambulatoria de pacientes psiquiátricos al personal médico.
- Se capacitara al personal de enfermería y técnico sobre los cuidados específicos para pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- Se capacitara al personal de psicología sobre el abordaje que se le debe brindar a los familiares y pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- El HVLH, brindará pasantías en el servicio de emergencia a los médicos y personal del equipo acompañado para capacitar in situ en el manejo de pacientes con alguna emergencia psiquiátrica

Actividad 7.2: Asistencia técnica en el manejo y abordaje de emergencias psiquiátricas. Estrategias de Acción:

- El Equipo técnico del HVLH brindará una capacitación para el manejo de emergencias psiquiátricas.
- Se capacitará al personal médico para el manejo clínico psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales que pueda realizar una correcta clasificación de los pacientes según las prioridades de emergencia psiquiátrica (prioridad I – IV) para su atención.

- Se brindará asistencia técnica para el adecuado manejo y abordaje de los cuadros de emergencia para su estabilización, con el empleo correcto de psicofármacos por el personal médico.
- El personal brindará la asistencia técnica y capacitará al personal médico para la adecuada transferencia a los servicios de hospitalización breve o alta médica.
- Se capacitará al personal para gestionar las referencias y contrarreferencia de los pacientes atendidos para ser re direccionados a los servicios que les corresponden.

Actividad 7.3: Asesoría técnica de gestión para la implementación de internamiento breve en el hospital general de la región. Estrategias de Acción:

- Se concertará una reunión entre el equipo técnico del HVLH con el director del hospital general de la región, para coordinar la implementación y los requerimientos necesarios para la implementación del servicio de Internamiento Breve.
- Se desarrollará la reunión de coordinación donde se creará el equipo de salud mental destinado al servicio de Internamiento Breve, conformado por el personal asistencial de dicho establecimiento, el cual deberá incluir del personal médico, de psicología, servicio social y de enfermería,
- Se brindará capacitación sobre el manejo de las distintas patologías psiquiátricas que se abordarían dentro del servicio, las cuales estarán bajo la clasificación del CIE10 y de acuerdo con las patologías prevalentes de su región.
- Se capacitara al personal en los criterios de hospitalización, los que estarán en relación al análisis médico basado en su incompatibilidad para interactuar con la sociedad.
- Definir la responsabilidad de ejecución de las intervenciones de salud mental en diferentes niveles del abordaje del programa, buscando la integración de los servicios existentes en cada nivel de atención.
- Se capacitará en el manejo de pacientes hospitalizados y medicación ambulatoria de pacientes psiquiátricos al personal médico.
- Se capacitara al personal de enfermería y técnico sobre los cuidados específicos para pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- Se capacitará al personal de psicología sobre el abordaje que se le debe brindar a los familiares y pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- Se capacitara al personal de servicio social para el adecuado abordaje social, que brindará a las familias de los pacientes hospitalizados.
- El HVLH, brindará pasantías en el servicio de emergencia a los médicos y personal del equipo acompañado para capacitar in situ en el manejo de pacientes con alguna emergencia psiquiátrica.

5.6 Presupuesto

PpR N° 131 de Prevención y Control en Salud Mental.
Hospital Víctor Larco Herrera.

5.7 Indicadores del proceso de acompañamiento

Se considerarán los siguientes indicadores de evaluación:

- N° de personal de salud facilitador por cada centro o Región y por cada módulo a capacitar según guía mhGAP.
- N° de personal de salud capacitado según cada centro, cada región y según cada módulo de guía mhGAp a capacitar.
- Nº de establecimientos acompañados presencial y virtualmente.
- Nivel de satisfacción global del equipo acompañado (reporte mensual).
- Nº 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). Informe de visita, o constancia de dejar informe de visita en cada Centro de salud.

5.8 Monitoreo y evaluación

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

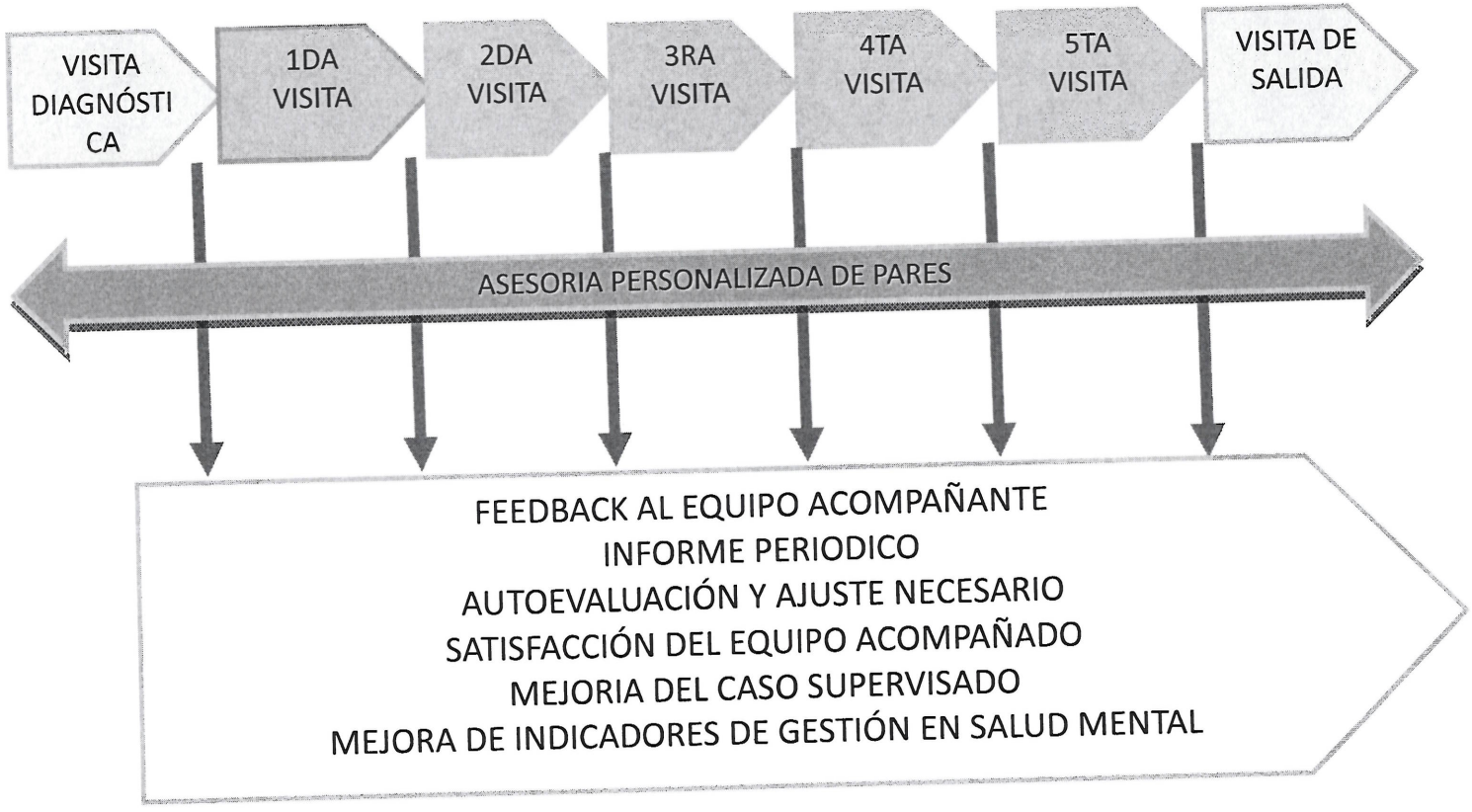
El análisis incluirá el grado de cumplimiento de las actividades con la calidad de los procesos desarrollados, asociados al nivel de logro en relación al objetivo, resultados esperados previstos y los presupuestos ejecutados. Se incorporará también en el análisis, las barreras y nudos críticos identificados,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

VI. RESPONSABILIDADES

Equipo Interdisciplinario de la Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.

VII. ANEXOS

Anexo 1:



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)

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

Anexo 2

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 3:

ACTA DE COMPROMISO PARA LA FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL Y EL DESARROLLO DE TRABAJOS CONJUNTOS

Siendo las..... horas del día ..... se desarrolla la charla de inducción a los promotores sociales – agentes de salud del EE.SS. ....., con la finalidad de sensibilizarlos en la importancia de contar con Agentes de Salud mental Comunitarios. Luego de terminada la Charla de Inducción, los siguientes promotores sociales – agentes de salud, decidieron voluntariamente convertirse en Agentes de Salud mental Comunitarios:

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

Se llegan a los siguientes compromisos:

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

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 el desarrollo de los acuerdos concretados.

Anexo 4:

HOJA DE REFERENCIA DEL AGENTE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

1. DATOS DEL PACIENTE

- 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 (glosario)	
CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN	
ANORMALIDADES DE LA CONCIENCIA (en relación a estado de vigilia)	
Anublamiento	Es un estado de entorpecimiento al que se le agrega un contenido anormal, entorpecimiento productivo
Embriaguez	es un estado de entorpecimiento donde se agrega un estado de desinhibición psíquica
Estado crepuscular	es el estrechamiento del campo de la conciencia de manera súbita con AUTOMATISMO MOTOR (acciones complejas), no se guarda el recuerdo.
Delirium	estado de entorpecimiento brusco de tipo oscilante compromiso cognitivo global transitorio
ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN	
Distraibilidad	el foco de la atención cambia constantemente desviándose de su dirección original
Hiperprosexia	Concentración tenaz y constante sobre un estímulo con exclusión de los otros
Perplejidad anormal	Sensación de extrañeza que impiden la determinación del problema actual generando incapacidad
ALTERACIONES DE LA ORIENTACIÓN	
Desorientación persona, espacio y tiempo	
PENSAMIENTO	
ALTERACIONES DEL CURSO Y FORMA DEL PENSAMIENTO	
Lentificado	dificultad en su fluidez, pobre variación ideacional
Inhibido	Ausencia parcial o total de ideas complejas
Mutismo	No comunica información o comunica muy poca
Fuga de Ideas	Taquilalia asociada a distractibilidad y ánimo expansivo. Discurso sin finalidad en donde entre frase y frase no hay coherencia
Bloqueo	Interrupción abrupta del pensamiento
Circunstancial	Dialogo redundante que no aporta elementos de ayuda para entender la idea, con detalles innecesarios
Perseverante	Repetición persistente de palabras o ideas
Incoherencia	El discurso se vuelve ininteligible. Algunas veces se ignoran las reglas de la sintaxis
Tangencial	El paciente responde de forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante
ALTERACIONES DEL CONTENIDO	
DELUSIÓN	
Alteración del juicio, creencia errónea e irrevocable a la argumentación lógica que no es parte del contexto cultural del paciente y es incomprensible.	
TIPOS DE DELUSIONES E IDEAS DELIRANTES	

Extravagante	creencia falsa, absurda, y totalmente imposible
Paranoia	**Idea de daño:** Creencia falsa que las personas le quieren hacer daño, brujería. Le tienen envidia, etc. **Idea de persecución**: creencia falsa de que uno es perseguido, maltratado, o estafado. **Idea de auto referencia**: idea que los demás se burlan de uno por medio de indirectas, les mandan mensajes por la T.V, radio.
De grandeza	Idea de ser muy importante.
Mística	idea de ser el elegido, de tener una misión divina o en relación al diablo
Celotípica	Idea de celos infundados. creencia falsa acerca de la infidelidad de la pareja
Erotomaniaca	idea de que alguien está intensamente enamorado de uno
De control	creencia de ser controlados por fuerzas externas
PENSAMIENTO OBSESIVO (obsesiones)	
Se refiere a pensamientos o imágenes que surgen involuntariamente y causan incomodidad (disforia o ansiedad) Idea que la persona la reconoce como absurda e inútil. Usualmente generan actos compulsivos los cuales baja su ansiedad	
De contaminación	**Idea de estar sucio, contaminado.**
sexuales	"me viene la idea de tener sexo con mi propia madre, no quiero"
religiosa	"me vienen malas palabras contra Dios aunque no quiero"
duda compulsiva	"¿lo hice o no lo hice?"
IDEAS SOBREVALORADAS	
Son pensamientos acompañados de una emoción intensa la cual predomina sobre lo racional, SON REBATIBLES AL RAZONAMIENTO	
PENSAMIENTO FÓBICO	
Ideas que aparejan temores irracionales a objetos o situaciones cuya presencia, real o imaginada, puede llegar hasta el pánico	
PENSAMIENTO HIPOCONDRIACO	
Idea de preocupación excesiva por una enfermedad y por la propia salud, que no está en una patología real	
LENGUAJE	
ALTERACIONES EN EL LENGUAJE VERBAL Y MÍMICO	
Alogia	El lenguaje tiende a ser vago, repetitivo y estereotipado
Neologismos	Formación de nuevas palabras cuyo significado no podemos comprender
Ecolalia	Repetición en eco de palabras o frases del interlocutor
Disartria	dificultad para la articulación generalizada de las palabras
Soliloquio	el paciente habla en voz audible como dirigiéndose a alguien imaginario
Taquilalia	Lenguaje muy rápido, con tiempo de latencia de respuesta disminuido
PERCEPCIÓN	
DISTORSIÓN PERCEPTIVA	
ALUCINACIONES	

Auditiva	**percepción falsa de un sonido.**
Alucinación auditiva comandatorias: dan ordenes	
Alucinación auditiva injuriante: Voces que denigra, dicen obsenidades, o insultan al paciente	
Alucinaciones auditivas amenazantes : Voces que amenazan al paciente, o lo condicionan a realizar alguna acción	
Alucinaciones auditivas dialogantes: Voces que hablan entre ellas	
visual	Percepción falsa de objetos, formas o luces. **Fotopsias** (destellos, manchas móviles delante de los ojos). Se puede ver en pacientes orgánicos Autocospia negativa : Falta de visión de objetos reales, o de no verse a sí mismo
olfativas	Alteración de los olores percibidos. Cacosmia : Olor fétido Anosmia : Ausencia de percibir olores
gustativas	Alteración de los sabores percibidos En ocasiones guarda relación con el tipo de delusión.
táctil (háptica)	Percepción falsa del tacto superficial. Pueden ser **térmicas** (sensación de ser calentado o enfriado), **hídricas** (sensación de ser humedecido), **parestesias**, etc.
cinestésicas	una vivida sensación de que su cuerpo, o partes de él, se mueven sin que el observador pueda constatar ello
hipnagógica	tiene lugar al entrar en el sueño, no se considera patológica en general
hipnopómpica	percepción falsa que ocurre al salir del sueño, no se considera patológica en general
PSEUDOALUCINACIONES	
Es una alucinación que se presenta "dentro de la cabeza del paciente" generalmente con manifestaciones visuales y auditivas	
AFECTIVIDAD	
	AFECTO
Afecto inapropiado	desarmonía entre el tono emocional y la idea o lenguaje que acompañan
Afecto embotado	reducción considerable de la intensidad de la exteriorización de los sentimientos
Labilidad afectiva	cambios rápidos y bruscos en el tono emocional
ÁNIMO	
Ánimo disfórico	usualmente mezcla de cólera y tristeza, incomodidad
Ánimo expansivo	el sujeto expresa sus sentimientos sin inhibiciones
Ánimo irritable	estado en el que sujeto se enfada fácilmente
Anhedonia	pérdida del interés y abandono de las actividades placenteras
Apatía	incapacidad más o menos prolongada para experimentar sentimientos
MEMORIA	

Amnesia	Incapacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas. **anterógrada:** amnesia de los hechos ocurridos antes de un momento en el tie **Retrógrada:** amnesia de lo ocurrido después de un momento en el tiempo. **blackout:** amnesia que experimentan los alcohólicos de su conducta durante las borracheras, no relacionada al sueño o sopor
Paramnesia	***Falsos reconocimientos.*** ***Desconocimiento de los conocidos***. ***Déjà vu***: el sujeto tiene la sensación de haber visto o haber experimentado antes ***Jamais vu:*** impresión de no haber visto o estado anteriormente
Confabulación	experiencias imaginarias o falsas que el paciente cree pero que no tienen fundamento real
VOLUNTAD Y PSICOMOTRICIDAD	
Catatonía	Es alteración severa de la actividad en sus extremos (acinesia e Hipercinesia). ***Catalepsia***: posición incómoda que se mantiene con inmovilidad prolongada. ***Flexibilidad cérea***: cuando se mueve extremidad de la persona parece estar hecho de cera. ***Negativismo***: resistencia sin motivo a todos los intentos de ser movilizado o a obedecer cualquier orden. ***Estereotipia***: repetición de un patrón fijo de movimientos o lenguaje.
Estupor	ausencia patológica de movimientos sin respuesta a estímulos habituales, del ambiente
Acatisia	Sensación de intranquilidad interior, que causa la necesidad de estar inquieto e incómodo
Hipobulia	mengua o disminución de la capacidad resolutiva o dificultad para la iniciativa motora
Anergia	falta de energía
INSIGHT	
Conciencia de Enfermedad (Saber que se padece de algo)	

Anexo 6:

FICHA DE ACOMPAÑAMIENTO

Departamento: ..... Servicio: .....

Especialista: .....

Profesional Acompañado: .....

Establecimiento de Salud: .....

Fecha de Visita: .....

Número de Visita: .....

Observaciones:

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

Anexo 7:

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.

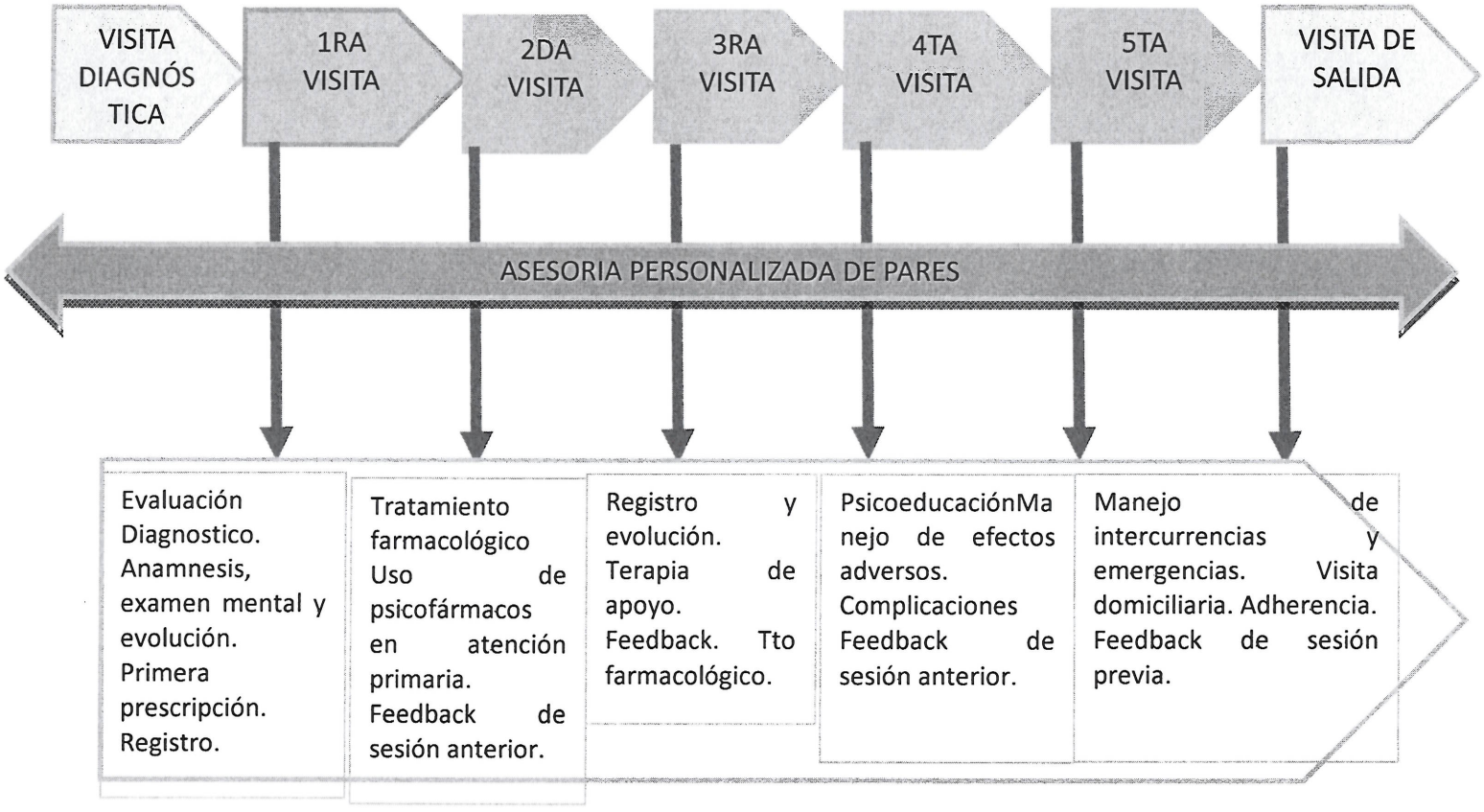
Siendo las..... horas del día ..... se da por culminada la presente visita, quedando como fecha de la siguiente visita el día .....

Personal Acompañante

Personal Acompañado

Anexo 8:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A MEDICINA



Anexo 09:

LISTA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICABLES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Adultos	Niños
Área de Inteligencia	
▪ Test de Matrices Progresivas de Raven ▪ Test de Domino D-48 ▪ Test S-50 -Prueba de Madurez Mental de California ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY)	▪ Escala de Inteligencia de Stanford Binet ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY)
Área de Personalidad	
▪ Cuestionario Factorial de personalidad EPQ-R ▪ Frases incompletas de Sacks ▪ Test de la Figura Humana de Karen Mac Kover ▪ Test del Hombre bajo la lluvia ▪ Test Casa – Árbol – Persona ▪ Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon – II ▪ Test de BARON – ICE	▪ Cuestionario de Personalidad para niños y adolescentes EPQ-I ▪ Test de la figura humana – DFH ▪ Test de frases incompletas de Rotter ▪ Test de BARON (abreviado)
Área de Funciones Cognitivas Específicas	
▪ Evaluación neuropsicológica breve en español	
Área de Desarrollo/Organicidad	
▪ Test Gestáltico Visomotor de Bender ▪ Test de Benton • Escala de Madurez Social De Vineland • Test de Desarrollo Psicomotor de Brunet Lezinne	
Área familiar	
• 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) • Inventario de Intereses Vocacionales de Angellini	
Área Psicopatología	
• Escala de Hamilton • Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck • Inventario de Ansiedad y Depresión de Zung • Test Dependencia Alcohólica AUDIT	

Anexo 10:
INFORME PSICOLÓGICO

DATOS PERSONALES
Nombres y Apellidos:
Edad:
Sexo:
Fecha de Nacimiento:
Grado de Instrucción:
Religión:
Referente:
Examinador:
Fechas de Evaluación:
Fecha de Informe:

OSERVACIÓN 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 ola derivación al médico).

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

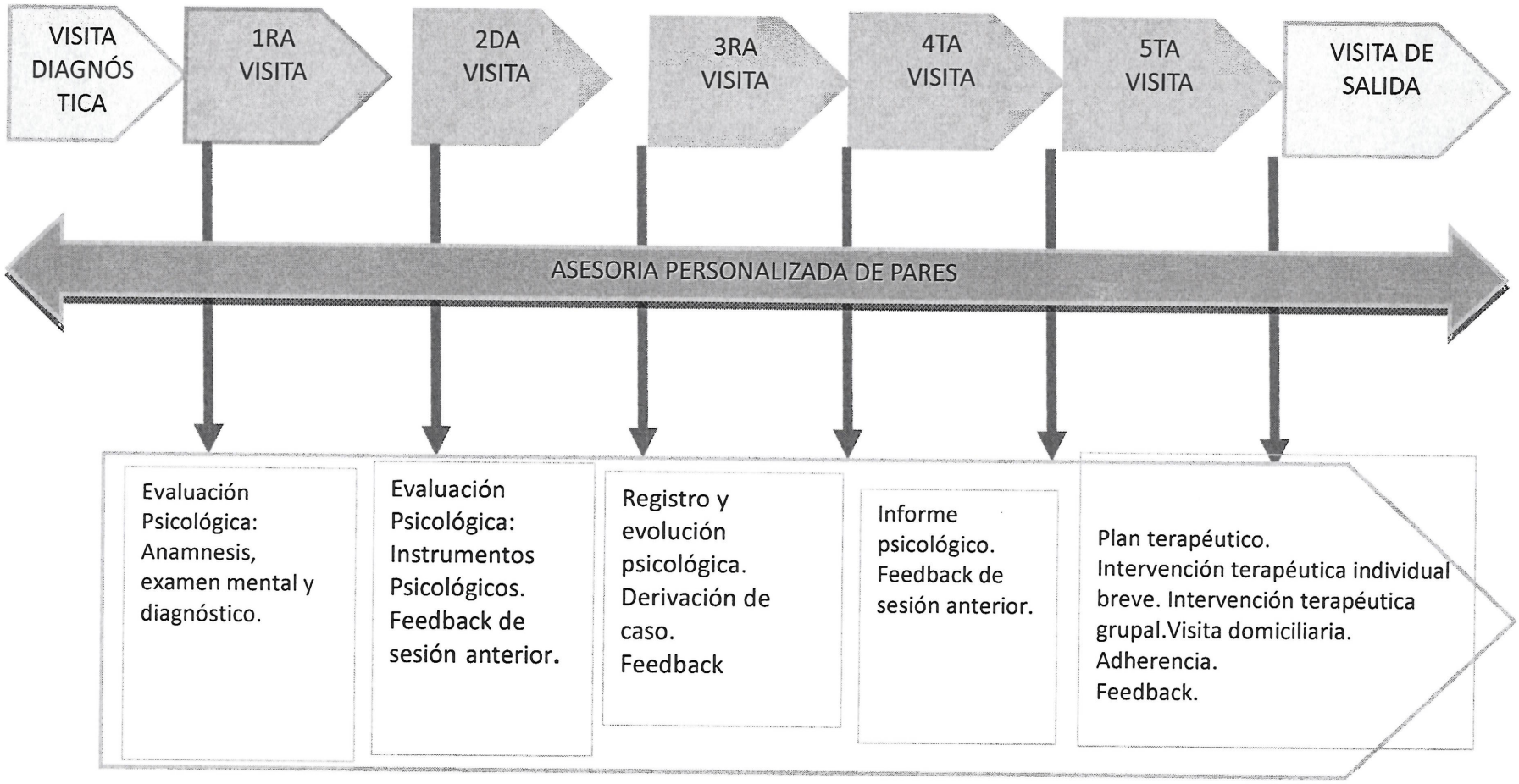
Anexo 11:
PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL

Datos del/la paciente
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 paciente, se busca establecer la empatía y generar el compromiso con el tratamiento y los roles y funciones, tanto del psicólogo, como del o la paciente, buscando crear consciencia de la responsabilidad del paciente en el desarrollo del proceso terapéutico).
- **Evaluación y formulación del/los problema(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 que el paciente 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 paciente, 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 paciente 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 sexta sesión).
- **Evaluación y Seguimiento** (Se va observando y evaluando el avance y sostenimiento del o la paciente. Esta etapa, se realiza en la 6ta. Sesión y, de ser necesario, se puede ampliar hasta un máximo de 9 sesiones).

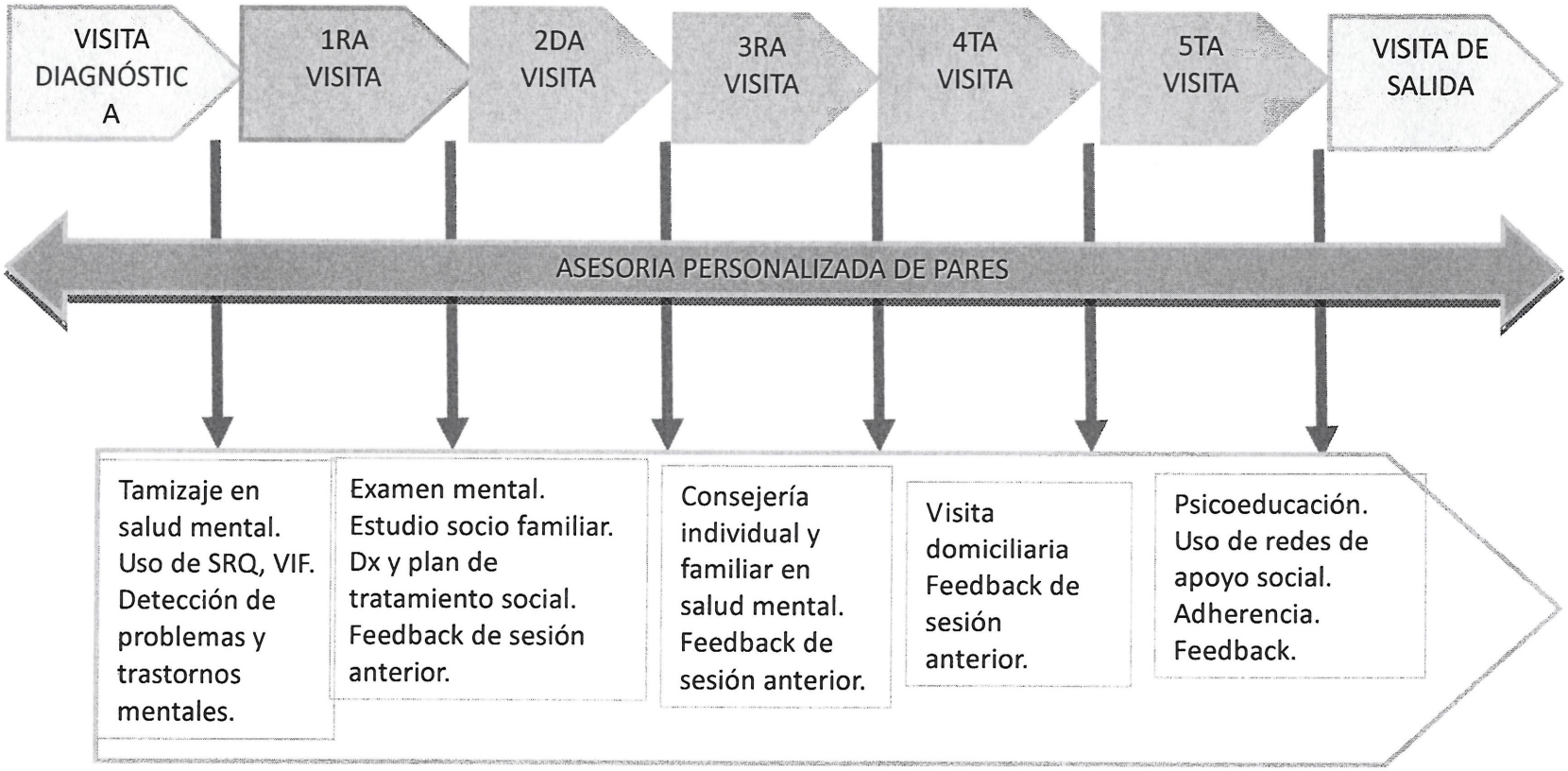
Anexo 12:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A PSICOLOGÍA



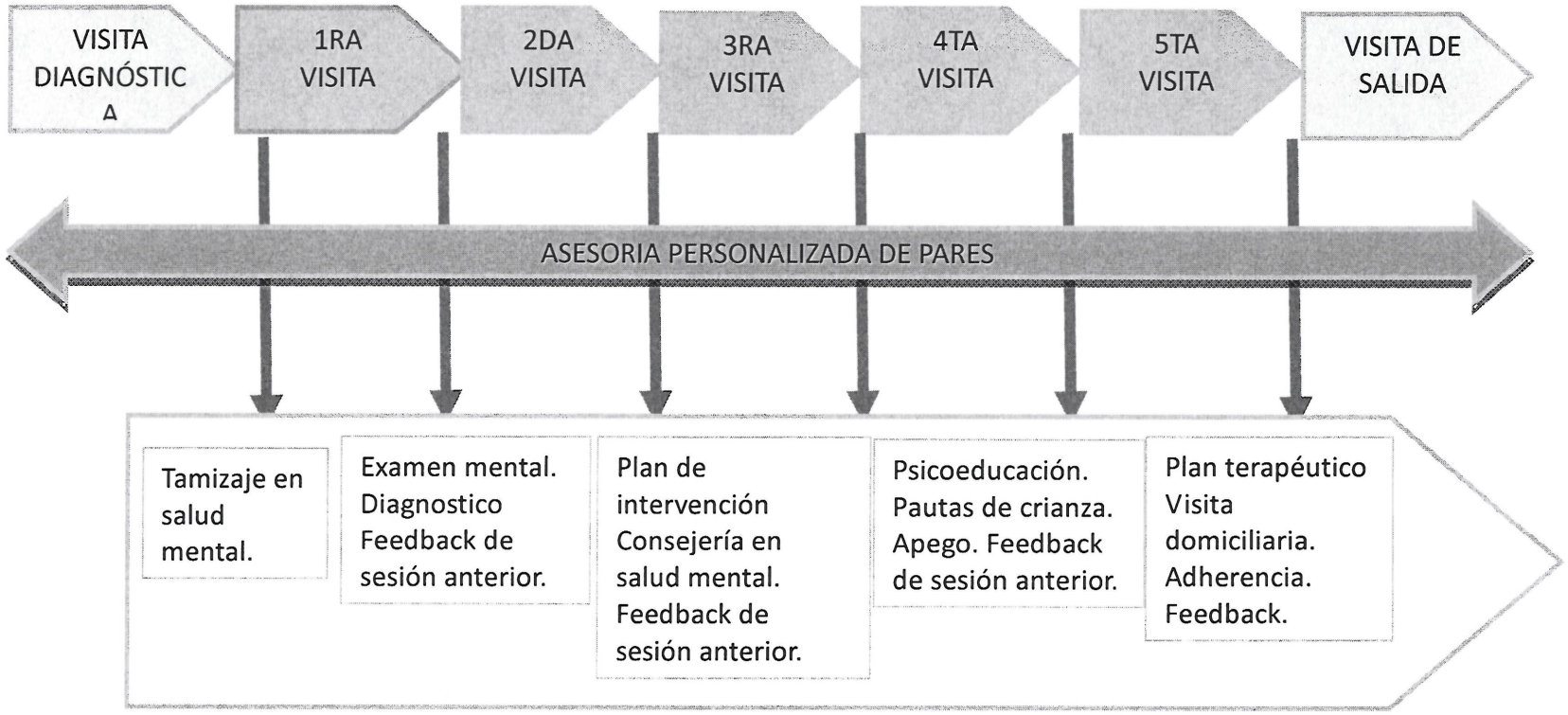
Anexo 13:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A TRABAJADORA SOCIAL



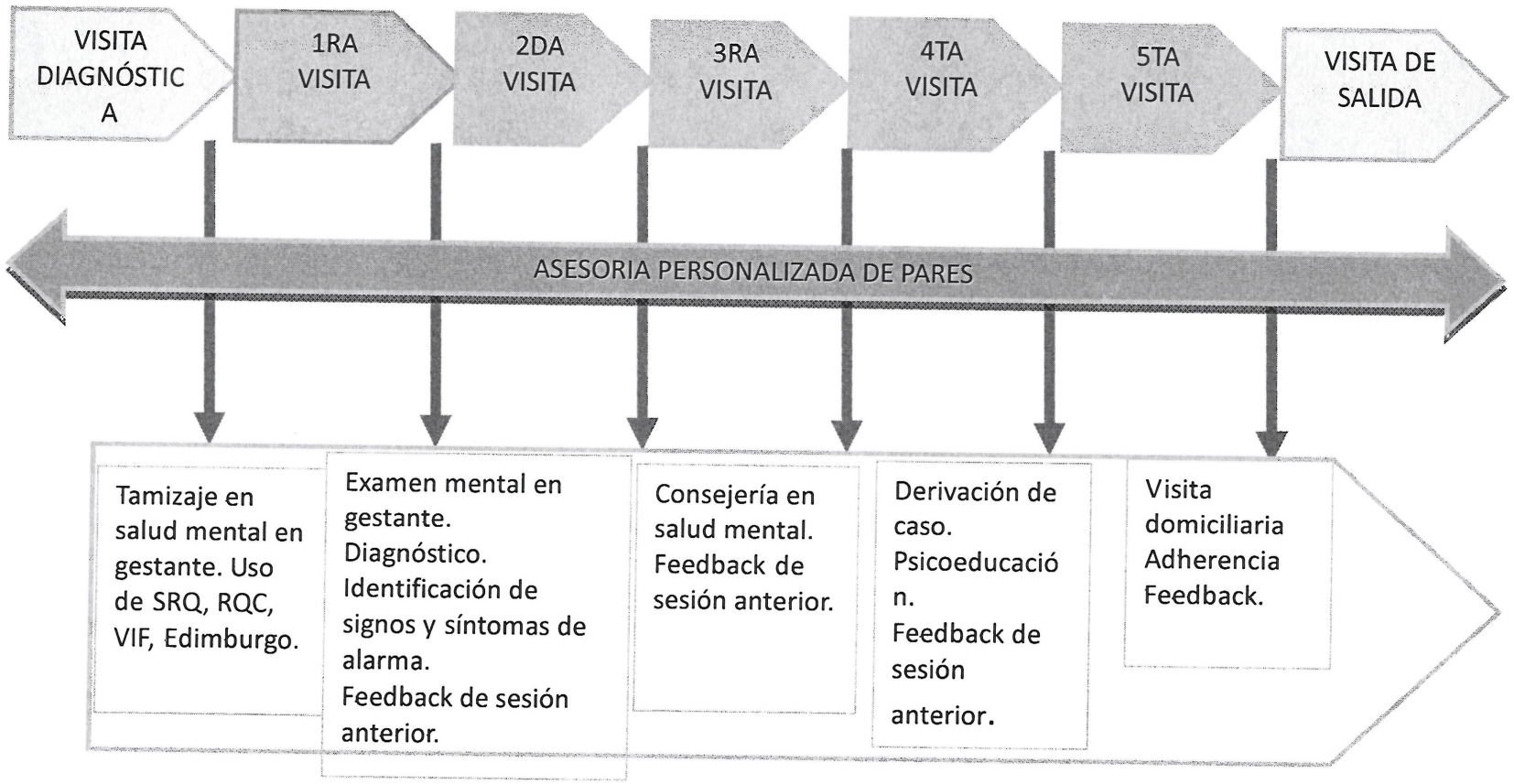
Anexo 14:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A ENFERMERÍA



Anexo 15:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A OBSTETRICIA



Anexo 16:

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

DATOS GENERALES
Datos de la Familia (Apellidos): .....
Nombre del (la) paciente: .....
Edad del (la) paciente: .....
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) paciente 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: .....

VI. 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 Nº 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 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 Mental1996; 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
31. Bojórquez E. Clases de Psicopatología, UNMSM Posgrado de Psiquiatría 2013.

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera
Unidad de Consulta Externa
PSIQUIATRIA

DOCUMENTO TECNICO

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

Junio 2017

Minsa
Hospital Víctor Larco Herrera
Oficina Ejecutiva Planeamiento Estratégico

INDICE

INTRODUCCION

I. FINALIDAD
II. OBJETIVO

2.1 Objetivo General

2.2 Objetivos 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
5.4 Competencias a fortalecer
5.5 Disposiciones Generales
5.5.1 Definiciones operacionales
5.6 Disposiciones específicas
5.6.1 Metodología del Acompañamiento Clínico Psicosocial
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. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El Hospital Víctor Larco Herrera es una institución del Ministerio de Salud, especializada en el campo de la salud mental y psiquiatría. El Servicio de Salud Mental Comunitaria viene ejecutando el fortalecimiento de competencias en salud mental a los profesionales de la salud de los establecimientos del primer nivel bajo la metodología del "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 comparación a otros situaciones anteriores donde únicamente se brindaba capacitación teórica a los profesionales de la salud, el realizar el acompañamiento en pares (parte del ACP) profundiza los conocimientos de salud mental adquiridos y se sensibiliza mejor al profesional de la salud con respecto a la necesidad de evaluar al paciente también en salud mental e iniciar las acciones necesarias para articularlo a un tratamiento de manera oportuna.

Durante el 2106 se realizó estas capacitaciones y se formaron centros de salud mental comunitarios a raíz de lo cual se empezaron a detectar más casos de psicosis y otros trastornos mentales. Por lo cual este año se añade el módulo de psicosis a las capacitaciones. Así también estos lugares tienen su propia estadística acerca de la situación de salud mental.

Es por tal motivo que este año se hace necesario elaborar un "Plan de fortalecimiento de competencias en salud mental a los profesionales de la salud según patología priorizada institucional".

I. FINALIDAD

Contribuir 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.

II. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Fortalecer las competencias en salud mental de los profesionales de la salud según patología priorizada institucional, implementando la atención integral en salud mental con enfoque en persona, familia y comunidad en base a la metodología del acompañamiento clínico psicosocial.

2.2 Objetivos Específicos

1. Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales a favor de la salud mental.
2. Planificar y organizar las acciones conducentes a la ejecución de la vigilancia comunitaria con agentes de salud.
3. Implementar un programa de comunicación social para fomentar la salud mental a la población.
4. Brindar asistencia técnica para desarrollar capacidades en la gestión estratégica en salud mental.
5. Fortalecer la implementación de la detección de los problemas de Salud Mental y Psicosociales, Evaluación Clínica – Psicosocial, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico, Intervención Breve, Psicoeducación, Visita Domiciliaria y Rehabilitación Psicosocial en casos de personas con problemas de salud mental.

III. BASE LEGAL

- Ley General de Salud N°26842.
- 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.
- Reglamento de la Ley Nº 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.
- Ley Nº 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.
- Decreto Supremo N° 006-97-Jus Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.
- Decreto Supremo Nº 003-2009-MIMDES, el Estado Peruano aprobó el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015.
- Resolución Ministerial N° 943 – 2006/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Salud Mental.
- 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".
- Resolución Ministerial Nº 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
- Resolución Ministerial Nº 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.
- Resolución Ministerial N° 526 -2011/MINSA, que aprueba la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 464 -2011/MINSA. Aprueba el documento técnico del Modelo de atención integral en la familia y la comunidad.
- Resolución Ministerial Nº 012-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan General de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz 2005-2010".
- Ley Nº 27050. Ley General de la Persona con Discapacidad.
- D. Leg. N°1166. Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan será aplicado en el área de influencia del Hospital Víctor Larco Herrera y regiones. En este año se realizará en la Región de Piura-Sullana y en los C.S seleccionados de la DIRIS Lima Centro: C.S de Magdalena, San Miguel, Jesús María.

DEPARTAMENTO	ÓRGANO DESCONCENTRADO		EE.SS.	CATEGORÍA
PIURA	RED TAMBOGRANDE-AYABACA	Microrred Tambogrande	CS Tambogrande	I-4
		Hospital de Apoyo II-2 Sullana		II-2

	EESS	CATEGORÍA	DISTRITO
DIRIS CENTRO	CSMI Magdalena del Mar	I-4	Magdalena del Mar
	CS San Miguel	I-3	San Miguel
	C.S Jesús María	I-3	Jesús María

Está dirigido:

- Autoridades de DIRESA,RED, DRS:
  - Directores de la DIRESA, DRS, jefes de redes y micro redes en Provincia
  - Jefe de DIRIS Lima centro
  - Coordinadores de la Estrategia de Salud Mental
- Autoridades y equipos de EESS estratégicos seleccionados.
- 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: comedores, vaso de leche.

V. CONTENIDO

5.1 Aspectos Técnicos Conceptuales

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 tiene como antecedente la Declaración de Alma-Ata en 1978. En 1990 en la Declaración de Caracas representa el punto de partida de la reforma de la atención psiquiátrica[3]; quince años después la Declaración de Brasilia representa una actualización de la Declaración de Caracas.[4] En el 2009 la Organización Panamericana de Salud (OPS) emite el plan estratégico formal para la atención a la salud mental en la región de las Américas, en donde recomienda promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental y 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.[6] Así, en lo que corresponde a políticas y planes, en el 2004 se aprobaron los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental"[7], en el 2005 la "Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz" [8] y en el 2006 el "Plan Nacional de Salud Mental" en donde se reafirma lo anteriormente planteado.[9]

Es recién en el año 2011 que se activó la Dirección de Salud Mental en el Ministerio de Salud. Con esta decisión se empezó la reorientación de la atención en salud mental, hacia un nuevo paradigma fundamentado en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria renovada con una esencia comunitaria. Un nuevo se dio en junio del 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 realice "preferentemente" de manera ambulatoria, como parte del entorno familiar, comunitario y social.[10]

En el 2014 el Ministerio de Economía aprueba la gestión realizada por el Ministerio de Salud, para la ampliación de una demanda adicional en el año 2015 a través del nuevo Programa Presupuestal N°131 de Prevención y Control en Salud Mental, con el objetivo fortalecer los servicios de salud mental.[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 efectué 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 necesitad que los pacientes con trastornos mentales sean hospitalizados. [11]

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.

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]

Tabla 1. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM 2002 y 2012

	Estudio Metropolitano 2012 [12]	**Estudio Metropolitano 2002**[13]
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%

CIE 10	E. Depresivo 17.2% D. Alcohol 7.5% TEPT 5.1% TAG 3% Fobia Social 2.2%	E. Depresivo 18.2% TAG 9.9% Fobia Social 7.9% TEPT 6% T. pánico 3.7%
Indicadores Suicidas (prevalencias de vida)	Deseo de morir 23.4% Planes de índole suicida 2.8% Conducta suicida 2.8% Potencialidad suicida 0.1%	Pensamiento de índole suicida 30.3% Conducta suicida 5.2% Potencialidad suicida 0.6%
Tendencia a la violencia	De vida 22.9%	De vida 30.2%

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM. 12, 13.

Según la tabla N°1, se observa en general la disminución de las prevalencias de trastornos psiquiátricos en un periodo de 10 años. Si especificamos por diagnóstico según el CIE 10, los episodios depresivos siguen estando en primer lugar; en donde se observa una variación es en el segundo lugar, donde el trastorno de ansiedad generalizada es reemplazado por el consumo perjudicial y dependencia de alcohol.

Tabla 2. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental del INSM por regiones geográficas.

	Sierra 2003 [14]	**Selva 2004**[15]	**Costa 2006**[16]
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	10.5%	10.3%	4.5%

sustancia.			

Fuente: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM. 14, 15,16.

Según la tabla N°2, con respecto a la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico es mayor en la selva, la de ansiedad en general es mayor en la sierra y la de trastornos depresivos es mayor en la selva. La prevalencia de abuso o dependencia es mayor en la sierra y selva en comparación con la costa.

En cuanto a la violencia en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000[17] se encontró que 34% de las mujeres vivían o habían vivido situaciones de control; 48%, situaciones humillantes; 25%, situaciones de amenaza y 41% de mujeres habían sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero. El estudio en mención añadía que la mayor incidencia de maltrato infantil se registraba en lugares de mayor pobreza y exclusión social. Asimismo, se relacionaba con el bajo grado de instrucción de los padres, donde los factores de riesgo que propiciaban las situaciones de maltrato, no sólo estaban relacionados con los efectos de la difícil situación económica de las familias y el desempleo, sino también con la tolerancia y permisión que aún existen en nuestra cultura frente al castigo corporal. Un hallazgo importante es que, en muchos casos, estas características de maltrato o violencia se habían iniciado desde el periodo de enamoramiento, habiendo sido las más prevalentes los celos de la pareja (50%), arranques de violencia (11.3%) y de cualquier tipo de maltrato el 69%. En la población de mujeres maltratadas en forma sistemática el antecedente de algún tipo de maltrato durante el periodo de enamoramiento estuvo presente en el 85.3% de los casos.[18] Un estudio de la violencia contra la mujer en Lima Metropolitana realizado en 1999 dio cuenta de que la tasa de violencia en la pareja era del 20%, habiendo sido el agresor el conviviente o esposo en más del 80 % de los casos y, la casa, el escenario de la conducta violenta.[19]

En el Perú, el abuso de sustancias alude al consumo de diversas sustancias entre ellas las más prevalentes son alcohol, marihuana y drogas derivadas de la cocaína (incluyendo el poli consumo). La sumatoria de los efectos producidos sobre la vida personal, laboral, el entorno familiar y el gasto público, hacen ver el consumo de drogas como un grave problema social y un dilema económico para el país. Según el último estudio epidemiológico INSM[12], las sustancias nocivas legales más consumidas son el alcohol y el tabaco, seguidos por la hoja de coca; y en todos los casos se encuentra una mayor frecuencia de uso, consumo perjudicial y dependencia en el género masculino. Sin considerar el alcohol, la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales se encuentra en 64.4%, mientras que la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilegales se halla en un 7.1%. El consumo actual (en el último mes) de sustancias no alcohólicas legales e ilegales se encuentra en un 13.8%. Respecto a las sustancias específicas, la sustancia ilegal más

consumida alguna vez es la marihuana (5.7%), cifra menor a la hallada en el Estudio Metropolitano 2002[13] con 6.3% y mayor respecto a Lima Rural 2007[20] que presentó una prevalencia de vida de 0.6%. En segundo lugar encontramos la cocaína en general (PBC o clorhidrato) con un 3.2%. Las prevalencias de consumo actual (en el último mes) siguen siendo el alcohol (38.7%) y el tabaco (13.3%).

En cuanto a los indicadores suicidas en relación al estudio del 2012 del INSM[12], los indicadores suicidas que van desde las formas más sutiles, como los deseos de morir, hasta los pensamientos suicidas específicos, el planeamiento y el intento suicida, se mostraban más sensibles ante el suicidio consumado y más susceptibles de acciones preventivas. De primera intención observamos que los indicadores son significativos, especialmente en el sexo femenino, llegando a un 6.8% la prevalencia anual de deseos de morir en la mujer. Además, observamos que un 23.4% de la población adulta de Lima Metropolitana y Callao, alguna vez en su vida ha presentado deseos de morir; un 4.6% lo ha considerado en el último año y un 1.3%, en el último mes. Con relación a ideas suicidas más definidas, el 8.9% ha tenido alguna vez en su vida pensamientos de quitarse la vida y, el 3.5%, planes suicidas. En cuanto a la conducta suicida, en este caso nos referimos al intento suicida, que denota un indicador más objetivo con impacto familiar y económico; el 2.8% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, y un 0.4% lo ha intentado en el último año, se debe tomar con cautela por la población en la cual se realizó, pero es clara la tendencia. De las personas que intentaron suicidarse, un 3.5% considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución. Es importante señalar que nuestra población rural muestra cifras más altas, según los estudios Epidemiológicos de Salud Mental en Lima Rural 2007[20]; con excepción de la prevalencia de pensamientos de quitarse la vida, planes suicida o el haber intentado suicidarse alguna vez en su vida. En contraste, se puede observar un retroceso con la situación encontrada en el 2002[13], en donde se observaba que el 30.3% de la población adulta de Lima Metropolitana y Callao, había pensado alguna vez en quitarse la vida y el 5.2% lo había intentado. Asimismo, el índice de potencialidad suicida pasó de 0.6 en el 2002 a 0.1 en el 2012.

Los trastornos mentales y discapacidad, constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad y 47.2% de todos los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) en países desarrollados, afectando en su mayoría a este tipo de pacientes y a los adultos mayores, siendo un punto crucial, pues no solo compromete su desarrollo como persona, sino que llega a comprometer su calidad de vida.[21] En salud mental, observamos la tendencia de los trastornos hacia la cronicidad y a producir secuelas; sin embargo, el avance en la rehabilitación de estos trastornos no se ha desarrollado paralelamente al tratamiento biológico.[22] Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM han medido el grado de discapacidad en base a preguntas que indagaban sobre la pérdida de la capacidad de funcionamiento

de la persona en su cuidado personal, en su medio social, familiar, ocupacional y en su autodirección.

En Lima Metropolitana y Callao, la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad en el adulto fue de 26,5%, mientras que en la sierra urbana fue de 21,2%. En la selva urbana, ciudades fronterizas y ciudades de la costa, la presencia de algún grado de discapacidad o inhabilidad fue de 8,5%, 11,1% y 10,7%, respectivamente. Por otro lado, el porcentaje de al menos alguna discapacidad en las áreas rurales de Lima y de la sierra fueron de 12,3% y 8,3%, respectivamente.[12]

5.3 Situación de salud mental de los distritos seleccionados de la DIRIS LIMA CENTRO: Magdalena del Mar, Jesús María, San Miguel.

Tabla 2: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL DISTRITO DE JESÚS MARÍA

Población	71 589 Habitantes	Publicado 2009 – Estimación 2015
Superficie territorial (km.2)	4,57	Periodo 2013
Densidad Poblacional (hab/km.2)	15 664,99	Elaboración: Observatorio Nacional de Seguridad Ciudadana

Tabla 3: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL DISTRITO DE SAN MIGUEL

Población	135 506 Habitantes	2015
Superficie territorial (km.2)	10.72	2015
Densidad Poblacional (hab/km.2)	12 640,49	2015

Tabla 4 : INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL DISTRITO DE MAGDALENA DEL MAR

Población	54 656 Habitantes	2015

Superficie territorial (km.2)	3.61	2015
Densidad Poblacional (hab/km.2)	15 140,17	2015

Información de salud mental de los distritos de Jesús María, San Miguel, Magdalena del Mar:

En la ciudad de Lima el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) hizo un estudio epidemiológico en donde la prevalencia de vida para cualquier trastorno mental en Lima Metropolitana clasificado según el CIE 10 fue de 26.1%, los trastornos depresivos se encuentran en un 6,2%, los de abuso o dependencia de cualquier sustancia en un 3,2%, y los trastornos de ansiedad en general en un 2,9%. En relación a género se observa el predominio en la población femenina de los trastornos depresivos 8,5% y ansiosos 3,3%; mientras que el abuso o dependencia de cualquier sustancia predomina en la población masculina con un 5,7% y un 7,9% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta.[17]

En el Análisis Situacional de Salud (ASIS) del año 2013 se encontró que entre las 10 principales causas específicas de morbilidad de varones en consulta externa, el diagnóstico de otras enfermedades mentales y del comportamiento ocupa el 6to lugar, con 18554 casos, que representa 2.4%[16]; sin embargo llama la atención que en mujeres no se encuentra este diagnóstico entre los diez primeros, lo que significa que no está siendo detectado de forma adecuada, ya que es muy bien sabido que existe diferencias estadísticas de predominio de trastornos mentales en mujeres con respecto de los varones, principalmente en trastornos depresivos, ansiedad y somáticos.[18] En cuanto a los casos de violencia familiar en la DISA Lima Sur II, se encontró que en el periodo 2013 se reportaron 1877 casos de violencia familiar, de los cuales 72.7% (1366 casos) eran del sexo femenino, el predominio de edad en mujeres fue de 11 a 15 años con 213 casos y en varones 6 a 10 años con 182 casos.[16]

El ASIS del 2015 menciona que para el 2014 se detectaron 2007 casos de violencia familiar y que uno de los distritos donde más se observó ello fue en el distrito de Magdalena del Mar.

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

Durante el año 2015, el Hospital Víctor Larco Herrera tuvo un total de 3 472 atenciones, entre casos nuevos y continuadores procedentes del distrito de Magdalena del Mar, siendo el 70% atendido por CE. Adultos, el 26% en CE. De Niños y Adolescentes y el 4 % en Adicciones. En donde las principales atenciones

fueron por trastornos depresivos, trastornos por consumo de alcohol, ansiedad. Sin embargo no se encuentra una prevalencia significativa de violencia familiar de tal manera que esta no aparece dentro de las 10 primeras causas de atención en el distrito de Magdalena. Comparando ello con lo encontrado en el reporte el ASIS del 2015 se puede suponer que en este ámbito se encuentra una amplia brecha de salud y que hay casos existentes que no están acudiendo a un tratamiento oportuno.

Para realizar el acompañamiento clínico psicosocial es importante conocer las estadísticas de morbilidad en salud mental de cada lugar y así poder realizar el fortalecimiento de competencias en temas idóneos para la población.
De esta manera según el ASIS del 2015 se observa lo siguiente:

Tabla 5: Tasa de Depresión x 100 000 habitantes en los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel y Jesús María

DEPRESION			
	Magdalena del Mar	San Miguel	Jesús María
Tasa x 100000 hab. 2014	648.8	71.7	47.5
Tasa x 100000 hab. 2015	305.5	101.1	12.6

Fuente Estrategia de Salud Mental-RSLC Elaboración: Equipo de Epidemiología

Tabla 6: Tasa de Ansiedad x 100 000 habitantes en los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel y Jesús María

ANSIEDAD			
	magdalena del mar	san miguel	Jesús María
Tasa x 100000 hab. 2014	342.7	179.8	194.4
Tasa x 100000 hab. 2015	859.9	174.2	317.1

Fuente Estrategia de Salud Mental-RSLC Elaboración: Equipo de Epidemiología

Tabla 7: Tasa de Consumo de alcohol y drogas x 100 000 habitantes en los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel y Jesús María

TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALOHOL Y DROGAS			
	Magdalena del mar	San Miguel	Jesús María
Tasa x 100000 hab. 2015	162.8	22.1	18.2

Fuente Estrategia de Salud Mental-RSLC Elaboración: Equipo de Epidemiología

Tabla 8: Tasa de trastornos mentales por psicosis x 100 000 habitantes en los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel y Jesús María

TRASTORNOS MENTALES POR PSICOSIS			
	Magdalena del Mar	San Miguel	Jesús María
Tasa x 100000 hab. 2015	104.3	3.7	9.8

Fuente Estrategia de Salud Mental-RSLC Elaboración: Equipo de Epidemiología

Tabla 9: Tasa de Violencia Familiar x 100 000 hab. En los distritos de Magdalena del Mar, San Miguel, Jesús María.

VIOLENCIA FAMILIAR			
	Magdalena del Mar	San Miguel	Jesús María
Tasa x 100000 hab. 2014	244.4	31.8	75.5
Tasa x 100000 hab. 2015	708.8	99.6	21.3

Fuente Estrategia de Salud Mental-RSLC Elaboración: Equipo de Epidemiología

Con respecto a los casos atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera de los distritos en mención se observa lo siguiente:

Tabla 10 : de morbilidad 2016 de los distritos Magdalena - San Miguel y Jesús María

CIE-10	DESCRIPCION	TOTAL
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	148
F32	EPISODIO DEPRESIVO	114
F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	97
F20	ESQUIZOFRENIA	69
F43	REACCION AL ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	39
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	33
F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	24
F31	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	22
F06	OTROS TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL, Y A	19
Otros diagnósticos		233
Total general		**798**

Fuente: Estadística del HVLH

Tabla 11: de pacientes atendidos durante el 2016 en consulta externa adultos

ITEM	CUADRO DE PACIENTES ATENDIDOS 2016	
1	150120 - MAGDALENA DEL MAR - LIMA	331

2	150136 - SAN MIGUEL – LIMA	325
3	150113 - JESUS MARIA – LIMA	142
Total general		**798**

Fuente: Estadística del HVLH

Tabla 12 : de morbilidad 2017 distritos Magdalena - san miguel y Jesús María

CIE-10	DESCRIPCION	TOTAL
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	76
F20	ESQUIZOFRENIA	75
F32	EPISODIO DEPRESIVO	64
F60	TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD	54
F43	REACCION AL ESTRES GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACION	33
F42	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	23
F31	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	22
F33	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	20
F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES D	14
F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL	13
Otros diagnósticos		112
Total general		**506**

Fuente: Estadística del HVLH

Tabla 13: pacientes atendidos durante el primer semestre del 2017 en el HVLH

ITEM	CUADRO DE PACIENTES ATENDIDOS 2017	
1	150136 - SAN MIGUEL - LIMA	234
2	150120 - MAGDALENA DEL MAR - LIMA	192
3	150113 - JESUS MARIA - LIMA	80
Total general		**506**

Fuente: estadística del HVLH

5.4. Disposiciones Específicas:

5.4.1 De los objetivos específicos de la capacitación a los profesionales de la salud del primer nivel de atención según prioridad institucional

Por lo antes expuesto se da prioridad a la mayor morbilidad de patologías en salud mental en los centros de salud a intervenir.

Se fortalecerá las competencias en los siguientes temas de salud, en base a módulos de guía mhGAP. Estos serán:

- Módulo de depresión
- Módulo de trastorno mental por consumo de alcohol
- Módulo de intento suicida
- Módulo de OTR
- Módulo de Psicosis.

Se capacitará a los profesionales de los centros de atención del primer nivel bajo un enfoque comunitario y un trabajo integral, interdisciplinario. Así se fortalecerá las competencias a Médicos, Obstetras, Psicólogos, Trabajadoras sociales y Enfermeras.

Así mismo se trabajará en los centros de primer nivel en lo siguiente

- Brindar asistencia técnica para desarrollar capacidades en la gestión estratégica en salud mental.
- Fortalecer la implementación de la detección de los problemas de salud mental y Psicosociales, evaluación clínica - psicosocial, diagnóstico y tratamiento farmacológico, intervención breve, psicoeducación, visita domiciliaria y rehabilitación psicosocial en casos de personas con problemas de salud mental.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de atención primaria de salud, en la mejora de procesos de atención de problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo de los procesos de referencia y contrarreferencia en salud mental, propiciar la continuidad del cuidado y/o cuidado compartido.

5.4.2 De la Metodología del Acompañamiento

Roles y funciones del equipo de Acompañamiento Clínico Psicosocial (Facilitadores):[23]

- Identificar y fortalecer las mejores prácticas de acompañamiento, ejerciendo un rol motivador.
- Brindar asistencia técnica oportuna al equipo gestor y equipo clínico psicosocial del establecimiento de forma periódica.
- Promover la incorporación de acciones de salud mental en la atención integral del establecimiento acompañado.
- 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 coordinador, para coordinar la ejecución de actividades.
- Asesorar al equipo en la evaluación y 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 acompañado y usuarios que participan durante el proceso de acompañamiento.

Procedimientos y técnicas para la visita de acompañamiento:[23]

Los facilitadores que realizan la visita de acompañamiento tendrán en cuenta los siguientes para llevar a cabo con efectividad la visita: (Ver Anexo 1)

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. Nos ayuda a conocer las fortalezas del establecimiento 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 en los establecimientos.
  - ✓ Orientación al equipo de facilitadores: Los médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadora Social, integrantes del equipo de facilitadores acompañantes, previo a las visitas de acompañamiento, reciben orientación sobre aspectos técnicos y administrativos, que les servirá para orientar sobre el proceso de atención: tamizaje, evaluación, diagnostico, 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 retro alimentación.
- 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, historia 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: Es la reunión con 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 a criterios establecidos, disponibilidad de recursos, estableciendo plazos.
- Reunión de trabajo con Directivos: Consiste en analizar conjuntamente con director de la red de salud y gerente, sobre aspectos administrativos, normativos, que facilitarán la implementación del servicio de salud mental y la toma de acuerdos para fortalecerlos.

Después de la visita:

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

5.4.5 Instrumentos para el informe de acompañamiento y monitoreo de mejora del establecimiento acompañado: [23]

Se cuenta con una ficha (Ver Anexo 2), para recoger la información, sobre gestión, atención, rehabilitación y promoción; cada componente tiene una valoración permitiendo determinar el nivel de implementación del servicio de salud mental de cada EE.SS. y contiene los siguientes aspectos:

1. Datos generales del EE.SS.: Se consignará dirección de salud del EE.SS., nombre de la micro red y red de salud, nombre del gerente y del equipo técnico 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 Micro red y la revisión de los documentos de gestión.
4. Psicosocial
5. Vigilancia Epidemiológica

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 micro red.
- 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 micro red para la atención de salud mental por el equipo interdisciplinario.
- Monitoreo y supervisión de la implementación de la intervención en salud mental en la micro red, en el marco de la Atención Integral de Salud.
- La micro red designará o propondrá en coordinación con la Red y/o DIRESA su equipo interdisciplinario responsable de salud mental a capacitarse.

- Seguimiento respectivo.
- Integración del responsable de la Estrategia de Salud Mental al equipo de gestión dela micro red.
- Monitoreo al responsable de la Estrategia de Salud Mental, proceso de capacitación y asesoría.
- Los responsables de estrategias y etapas de vida asesorarán y operativizarán la implementación de la intervención de salud mental.

5.5. Descripción de Procesos

A nivel de redes sociales:

Objetivo 1: Lograr compromisos orientados al fortalecimiento de capacidades locales e institucionales a favor de la salud mental.

Actividad 1.1: Coordinación previa con la DIRESA para la implementación de ACP.

- Coordinación con el director de la DIRESA, DR en el caso de la Región Piura-Sullana y con jefe de DIRIS LIMA CENTRO en el caso de los centros de salud seleccionados de lima. Se brindará el plan de trabajo.
- Se solicitará a la dirección del HVLH emita una carta de presentación para presentarla el día concertado de la reunión a modo de presentación formal del equipo especializado.

Actividad 1.2: Reunión Técnica de gestiones y coordinaciones con el director de la DIRESA, jefes de las redes y microrredes, director de los hospitales generales, responsables de la Estrategia de Salud Mental y actores sociales.

1° Reunión técnica:

- Los asistentes de dicha reunión deben ser las siguientes autoridades: Director de la DIRESA, Jefes de redes y microrredes, gobierno local, comisaría, fiscalía, Demuna, Omaped, CEM, ONG, representantes de los medios de comunicación, entre otros.
- Se presentará el análisis situacional de la región, resaltando la brecha existente en la atención y el difícil acceso de la población a EE.SS.
- Fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental en su comunidad.
- Selección del EE.SS. a acompañar.
- Toma de acuerdos respecto a las facilidades que se requieren para el desarrollo óptimo del ACP.
- Firma del acta de la reunión.

Asesoría en la gestión

- Inclusión de las actividades de salud mental en el Plan Operativo Anual (POA) del EE.SS. a acompañar.
- Organización de los equipos para la implementación efectiva del servicio de salud mental en el EESS.
- Gestión de la dotación de RR.HH. adecuado para fortalecer las acciones de salud mental.
- Se fortalecerá la implementación del servicio de salud mental, siguiendo los estándares de calidad y en el marco del modelo comunitario.
- Asesoría en gestión del presupuesto asignado para salud mental, el abastecimiento de medicamentos psicotrópicos, financiamiento Sistema Integral de Salud (SIS) en salud mental.

Actividad 1.3: Sensibilización de las redes sociales y comunitarias con abogacía, vigilancia ciudadana, vigilancia comunitaria y comunicación social para el fomento de la salud mental. Estrategias de Acción:

- Coordinar con los responsables de la Estrategia de Salud Mental de la red y microrred del EESS en Piura – Sullana y con los jefes de estabelecimientos de salud en los establecimientos seleccionados que corresponden a la DIRIS LIA CENTRO a intervenir, para que convoque a los agentes comunitarios de salud y los representantes de los medios de comunicación para la capacitación en temas de salud mental.
- Sensibilización en salud mental, el cual comprenderá los siguientes temas:
- Sensibilización con respecto a la importancia y desestigmatización de la salud mental y la necesidad de incluirla como elemento de trascendencia en la salud integral.
- Elaboración de acciones para la difusión y fomento de la salud mental en su comunidad e identificación de casos relacionados.

Actividad 1.4: 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. Estrategias de Acción:

- Convocar a una reunión a las diferentes autoridades comprometidas con el trabajo articulado dentro de la comunidad en la que se realizará el ACP.
- Socializar la 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.

Objetivo 2: Planificar y organizar las acciones conducentes a la ejecución de la vigilancia comunitaria con agentes de salud.

Actividad 2.1: Brindar asesoría al responsable de promoción de salud, para la vigilancia comunitaria en salud mental, asimismo acompañar en el

proceso de capacitación de agentes comunitarios en temas de salud mental. Estrategias de Acción:

- Capacitación y sensibilización al responsable de promoción de la salud de los EESS a intervenir acerca de los programas de prevención en los principales trastornos mentales y problemas psicosociales.
- Esta asesoría se realizará cada vez que se desarrolle el ACP en los EESS a intervenir.

Actividad 2.2: Acompañamiento en la formación de agentes comunitarios sensibilizados y comprometidos en salud mental.

El perfil del agente comunitario de salud mental: Mayor de edad, comunicativo y respetuoso de las creencias y tradiciones de la población, un líder comunitario con capacidad de convocatoria, tener iniciativa para resolver problemas de salud mental detectados y un compromiso con el trabajo comunitario y no de lucro. Debe estar en capacidad de ejecutar las actividades que le corresponden sin tener condicionamientos económicos que dificulten su labor.[24]

Estrategias de Acción:

- La capacitación de los agentes comunitarios será realizada por el responsable del PROMSA y su equipo de salud, capacitación que se realizará bajo la modalidad de acompañamiento en pares.
- En la fecha previa se entrevistará al jefe del Promsa y se le entregará los módulos de capacitación a los agentes comunitarios. Para que puedan realizar su material didáctico al cual se le hará seguimiento por vía internet.
- En la fecha previamente acordada se realizará la charla de inducción, en donde se desarrollará la siguiente temática:
  - Importancia de la Salud Mental.
  - Explicación de las funciones de un agente comunitario de salud mental.
- Firma de un acta de compromiso para la realización de trabajos conjuntos entre el responsable de promoción de la salud y los agentes comunitarios de salud mental. (Ver Anexo 4)

Actividad 2.3: Capacitación de agentes comunitarios de salud en temas de salud mental. Estrategias de Acción.

- La capacitación debe desarrollarse de manera teórico-práctica, con la participación activa de agentes comunitarios. Se utilizará dinámicas grupales, participación en campañas de salud, etc.
- Capacitación en:
  - Conocimiento básico de los problemas de salud mental más comunes: Depresión y suicidio, ansiedad, psicosis, alcoholismo, violencia, habilidades para la vida.
  - Promoción y difusión de la salud mental en su comunidad.
- Desarrollo de la vigilancia comunitaria en salud mental, con la identificación de problemas de salud mental.

- Orientación básica a las personas y/o familiares de personas que sean identificados con problemas de salud mental en torno a las acciones que deben tomar para su adecuado afrontamiento.
- Capacitación sobre el llenado correcto de la hoja de referencia del agente comunitario en salud mental. (Ver Anexo 5)
- Derivación oportuna de los usuarios con problemas de salud mental al EE.SS. para la atención por el personal médico.
- Seguimiento de los casos brindando el apoyo necesario a las personas y las familias con trastornos mentales, además asegurar la vinculación con los encargados de salud mental y de promoción de la salud.

Actividad 2.4: Articulación de agentes comunitarios de salud mental y el EESS o Centro de Salud mental Comunitario (CSMC). Estrategias de Acción:

- Los agentes comunitarios de salud mental deberán derivar y/o acompañar, de manera oportuna, a pacientes al establecimiento más cercano con su hoja de referencia.
- La vía de ingreso de todo paciente será por el consultorio de medicina, es el médico quien realizará la primera entrevista, en caso no hubiese será por psicología, enfermería, trabajador social y/o obstetricia, en ese orden jerárquico.

Objetivo 3: Implementar un programa de comunicación social para fomentar la salud mental a la población.

Actividad 3.1: Reunión de coordinación y gestiones con los diferentes responsables de comunicación social de los diferentes EE.SS. Estrategias de Acción:

- Se coordinará con el jefe de la oficina de comunicaciones del EE.SS. para la difusión de actividades del plan.

Objetivo 4: Brindar asistencia técnica para desarrollar capacidades en la gestión estratégica en salud mental.

Actividad 4.1: Reunión de gestión para incluir las actividades de salud mental en el POA y visita a los diferentes servicios del EESS. Estrategias de Acción:

- Se concertará una reunión entre el equipo especializado con el jefe del EE.SS. y encargados de las diferentes estrategias del EE.SS. en el cual se va a realizar el ACP.
- En la reunión de coordinación donde se creará el equipo de salud mental del EE.SS., asignado por el jefe del EE.SS., conformado por el

personal asistencial, el cual deberá estar constituido en lo posible por un médico, psicólogo, trabajadora social, enfermera, psicólogo y/o obstetra. El personal en lo posible debe ser de contratación permanente, y de preferencia los integrantes deben ser personas motivadas y comprometidas con el trabajo en salud mental.

- El equipo estará dirigido por el personal médico o en su defecto por personal equivalente en el área: psicólogo, trabajadora social, enfermería y obstetricia (en ese orden jerárquico). Este equipo será el responsable de la capacitación, actualización, supervisión y monitoreo de los equipos conformados por centros de menor complejidad a su cargo, los cuales mantendrán la misma disposición jerárquica.
- Se visitará los diferentes servicios del establecimiento para el acopio de información inicial.
- Se realizará la visita a farmacia, para entrevistar al químico farmacéutico o responsable del servicio, e indagar sobre el abastecimiento de los psicofármacos por el SIS, el petitorio y la dotación física de los medicamentos.
- Realizar el listado de requerimiento de los psicofármacos faltantes según las principales patologías referidas en la Guía de Intervención mhGAP y enviar la documentación a la microrred o red respectiva para el abastecimiento adecuado.
- Se ratificará que el equipo debe elaborar un plan de estrategia para la mejora del servicio de salud mental e incluirlo en su POA.
- Se ratificarán los acuerdos que figuran en un acta de compromiso firmada por todos los representantes del equipo.

Actividad 4.2: Organización de los equipos para la implementación efectiva del servicio de salud mental en el establecimiento. Estrategias de Acción:

- El encargado de salud mental y el jefe del EE.SS. acompañado debe garantizar la asistencia permanente del mismo personal en las diferentes visitas del ACP.
- El equipo de salud mental debe velar por el cumplimiento y el uso adecuado del presupuesto de la estrategia de salud mental.
- Finalmente será mediante la firma de un acta de compromiso, a través de la cual se compromete a cumplir con todo lo acordado.

Actividad 4.4: Acompañar en la implementación del servicio de salud mental en su ámbito de atención, siguiendo los estándares de calidad y en el marco del modelo comunitario y el nuevo proceso de reforma de salud mental. Estrategias de Acción:

- Fortalecer la implementación del servicio de salud mental mediante la verificación que el personal asignado cuenta con todos los materiales necesarios como: La hoja HIS, manual del CIE 10 de trastornos mentales, cuestionarios de tamizajes, formatearías, para llevar a cabo una adecuada atención.

Actividad 4.5: Gestionar adecuadamente el presupuesto asignado para salud mental, adecuado abastecimiento de medicamentos psicotrópicos, financiamiento SIS en salud mental. Estrategias de Acción:

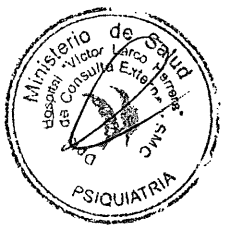
- Verificar que las asignaciones presupuestadas para salud mental sean destinadas adecuadamente a ésta en atención primaria.
- Implementación y el abastecimiento adecuado de psicofármacos en la farmacia del establecimiento de salud acompañado.
- Verificar que el SIS cubra las atenciones de pacientes con trastorno en salud mental.

Objetivo 5: Fortalecer la implementación de la detección de los problemas de Salud Mental y Psicosociales, Evaluación Clínica – Psicosocial, Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico, Intervención Breve, Psicoeducación, Visita Domiciliaria y Rehabilitación Psicosocial en casos de personas con problemas de salud mental.

Actividad 5.1: Capacitación en estigmas de salud mental, uso de guías de intervención mhGAP y fichas de tamizaje. Estrategias de Acción:
En una primera reunión se capacitará al equipo interdisciplinario de atención primaria en el examen mental, en la Guía de intervención mhGAP, y uso de fichas de tamizaje.

- En el acompañamiento por pares se capacitará en las intervenciones breves y psicoeducación de los pacientes con trastornos mentales.
- Además se sensibilizará sobre la importancia del seguimiento por medio de las visitas domiciliarias y en la rehabilitación psicosocial de los pacientes y su reinserción en la sociedad.

Actividad 5.2: Capacitación integral continúa mediante la asesoría técnica en acompañamiento por pares en la detección, evaluación, atención, tratamiento y rehabilitación de usuarios con trastornos mentales. Estrategias de Acción:



Acompañamiento Clínico Psiquiatra-Médico General de atención primaria:

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. Para esto el psiquiatra acompañante debe facilitar información previa al médico acompañante para que se familiarice con el tema.
- Se explicará la importancia del registro del examen mental en la historia clínica del usuario, posibilitando la identificación de los signos y síntomas en salud mental.
- Al inicio del acompañamiento se solicitará la autorización al usuario, para ser atendida por los dos 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 y diagnóstico a manera de ejemplo, luego el medico acompañado iniciará las evaluaciones a los usuarios siguientes.
- Se atenderá con asesoría en anamnesis, examen mental, diagnóstico, evolución y primera prescripción.
- Finalmente el psiquiatra facilitador tomará nota de las observaciones del acompañamiento en la ficha de acompañamiento (Ver Anexo 7).
- Se felicitará al médico acompañado por la actividad realizada.

Retroalimentación: Se realiza el reforzamiento de acuerdo a la dificultad observada en el momento del acompañamiento, 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 y glosario de términos"*, para reforzar los temas trabajados. (Ver Anexo 6).
- Se firmará un acta. (Ver Anexo 8)

Registro: Registrar en la historia clínica toda evaluación realizada. Se consignará el diagnóstico mediante el CIE 10 en hoja HIS, SIS.

2da. Visita. Tratamiento farmacológico.

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

- Se iniciará socializando brevemente aspectos relacionados al uso de psicofármacos.
- Se tendrá énfasis en cada evaluación en el tratamiento farmacológico de acuerdo al diagnóstico establecido con un enfoque en atención primaria. Consignando presentación, dosis, frecuencia y vía de administración.
- La asesoría del psiquiatra facilitador se realizará cuando el médico acompañado atienda a cada usuario.
- Al finalizar de la asesoría se procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.
- Se realizará el feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación: (Similar a la visita anterior)

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Se entregará un breve material didáctico con la información brindada.
- Se implementará el acompañamiento vía virtual a través del whatsApp, mensajes de texto u otros medios de comunicación.

Registro: (Similar a la visita anterior)

3ra. 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. Reforzando que el médico tratante tenga una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de mitigar o eliminar emociones negativas del usuario. Esto incluye [25]:
  - Relación médico-paciente.

- Estimular la verbalización de los sentimientos, el médico utilizará toda oportunidad para reforzar la sensación de comprensión empática, lo que incrementa la intensidad de la relación emocional entre médico y paciente.
- Señalamiento continúo de realidad.
- Alentar el sentimiento de esperanza real.
- Satisfacer la necesidad de dependencia y combatir el sentimiento de soledad.
- Combatir el sentimiento de "no puedo" y alentar la autoafirmación.
- Combatir los falsos conceptos, reasegurando y cortando el circuito vicioso de síntoma-idea-temor.
- Alentar la socialización y la exteriorización de intereses.
- Utilización adecuada del ambiente.

- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

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 en el primer nivel de atención.
- Continuar con el seguimiento por medios de comunicación en tiempo real.

Registro

4ta Visita. Psicoeducación y manejo de efectos adversos

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

- Aspectos teóricos sobre psicoeducación y efectos adversos de psicofármacos.
- Se brindará asesoría al médico acompañante en psicoeducación de los trastornos mentales más prevalentes (depresión, ansiedad, trastornos somáticos, entre otros); al inicio el facilitador brindará la información al primer usuario, luego el médico acompañado iniciará la psicoeducación a los usuarios siguientes.
- Se explorará el manejo de efectos adversos de los psicofármacos indicados.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Se entregará material breve sobre efectos adversos de psicofármacos.

Registro.

5ta Visita. Manejo de intercurrencias y emergencias, visita domiciliaria.

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

- Aspectos teóricos de intercurrencias y emergencias psiquiátricas al médico acompañante.
- El médico acompañado preguntará a cada usuario sobre las intercurrencias del tratamiento prescrito Se enfatizará de intercurrencias 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 pacientes con trastorno mental elegidos en compañía del personal de salud encargado, con el fin de vigilar la adherencia a la medicación, la misma que se valorará también durante las consultas, al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación

Indicaciones y acuerdos técnicos

- Se entregará material breve sobre efectos adversos de psicofármacos.
- Se acordará identificar un paciente para la visita domiciliaria.

Registro

(Ver Anexo 9: Flujograma ACP y de gestión en salud mental a medicina)

Acompañamiento Clínico Psicólogo–Psicólogo de atención primaria:

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

Asesoría en Servicio: La evaluación psicológica comprende un conjunto de procedimientos que permiten realizar un diagnóstico que resulta de la visión integral y profunda de la persona. En el caso de un paciente 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.
- Posteriormente será él psicólogo acompañado quien realiza la entrevista con el acompañamiento del psicólogo facilitador.
- Se muestra atento, escucha y pregunta sin interrumpir el relato del usuario.
- Aplica el examen mental mediante el cual, obtiene información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo del usuario.
- Utiliza la entrevista para realizar la anamnesis con el fin de obtener datos referentes a antecedentes familiares y personales.
- Se consigna el diagnóstico luego de la evolución psicológica
- Se informa al paciente los objetivos de la siguiente sesión, se brinda la próxima cita y se despide de forma amable.

Retroalimentación. (Similar a la visita anterior)
Indicaciones y acuerdos técnicos. (Similar a la visita anterior)
Registro. (Similar a la visita anterior)

2da. Visita: Evaluación Psicológica: Instrumentos psicológicos

Asesoría en Servicio: Se aplica y califica los instrumentos utilizados en la evaluación. Se realizan los siguientes procesos:

- Se selecciona los instrumentos psicológicos a emplear según sea el caso. (Ver Anexo 10)
- El primer tamizaje será realizado por el psicólogo acompañante, los siguientes lo hará el psicólogo acompañado.
- Se le explica al paciente los instrumentos psicológicos que se utilizará en su evaluación, así como los procesos para su administración,

brindando confianza y seguridad. Acto seguido, aplica los instrumentos, acompañando todo el proceso de evaluación.

- Terminada la evaluación, orienta al paciente y le da la próxima cita.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

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 brinda instrumentos psicológicos adicionales para la exploración diferencial según sea el caso.

Registro.

3era. Visita: Registro y evolución psicológica; derivación del caso.

Asesoría en Servicio: Se registrará en la historia clínica, la información de la atención al paciente y el diagnostico 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 paciente 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.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- La derivación a medicina tiene que ser inmediata y oportuna con el fin de disminuir el riesgo de daño de los pacientes y brindar una atención efectiva.

Registro.

4ta. Visita: Informe psicológico

Asesoría en Servicio: Esta 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 11) 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 paciente si lo solicita.
- Explica las recomendaciones sugeridas y plantea la intervención psicológica si fuera el caso.
- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos:

- El servicio de psicología del EE.SS. debe establecer un modelo único de informe psicológico para uniformizar los procesos.

Registro.

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 12). 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 paciente para las sesiones de intervención individual necesarias.
- A la culminación del procedimiento de intervención individual, habiéndose cumplido los objetivos planteados, el paciente 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.
- Feedback de la sesión anterior.

Retroalimentación.

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.

(Ver Anexo 13: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Psicología)

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 paciente para las sesiones de intervención grupal necesarias.

Retroalimentación.

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 Trabajadora social a Trabajadora social de atención primaria:

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, adulto mayor que acuden al servicio.
- Se brinda asesoría, en la aplicación de estos instrumentos en el momento de la consulta, puede realizar un modelo aplicando la primera ficha, explicando que si el caso es positivo derivar a medicina para la evaluación médica.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en la atención al usuario.

Retroalimentación

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.

Asesoría en servicio: Se brindará la siguiente asesoría:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental.
- La evaluación socio familiar, diagnóstico y formulación del plan de tratamiento social lo realizara la trabajadora social acompañada en presencia de la facilitadora.
- En la entrevista para el estudio social al usuario y su familia con problemas de salud mental y/o problemas psicosociales, el objetivo es de 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. En favorecer el bienestar del niño/a, adolescente, adulto y adulto mayor mediante la integración en su medio.
- 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 desarrollo de actividades de prevención, promoción, rehabilitación y reinserción social desde una dimensión social y comunitaria. Para ello, se pedirá su autorización de ser atendido por dos 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: descriptiva y uso de los códigos Z del CIE-10.
- Formulación del plan de tratamiento social de acuerdo a la problemática social y necesidades identificadas.
- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
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, 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:
    - Fase de inicio: Presentación del usuario en el servicio, donde se explora, se clarifica y se definen los objetivos de intervención.
    - Fase de proceso del desarrollo: Son las sesiones realizadas según la problemática.
    - Fase de cierre: Compromiso del usuario de buscar alternativas de solución a la problemática presentada.
- Técnicas que utiliza en el proceso de la consejería: Están de acuerdo a problemática abordada.
- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro.

4ta. Visita. Visita domiciliaria.

Asesoría en servicio: La en 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 mejorar

la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar, social, comunitario y seguimiento. Con el objetivo de fortalecer la identificación e intervención temprana de los factores de riesgo y determinantes sociales y dar a conocer sus propios recursos y los recursos existentes de su comunidad y fomentar la participación.

- 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, sin enjuiciar la situación y el comportamiento de los padres, reconociendo en todo momento sus habilidades y deseos de ser buenos padres.
- Para la visita domiciliaria tener en cuenta las tres fases:
  - Fase preparatoria o de planeamiento: El motivo que 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 realizada e informe.

Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos.

Registro.

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

Asesora de servicio: La facilitadora realizar 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, considerando los siguientes aspectos: Técnicas y metodología, para la implementación de sesiones psicoeducativas:
- Asesoría en uso de redes sociales: Poner de su conocimiento de los recursos existentes en su comunidad su ubicación, funcionamiento, requisitos de acceso, etc
- Feedback de sesión anterior.

Retroalimentación.

Indicaciones y acuerdos técnicos.

Registro.

(Ver Anexo 14: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental de Trabajo Social).

Acompañamiento Clínico Enfermera – Enfermera de atención primaria:

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:

- Los instrumentos de tamizaje (RQC, SRQ-18, VIF) explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental de los niños, adultos.
- En el 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 aplicar el SRQ y VIF, y en el niño el RQC. Los cuáles 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, así mismo, 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 a cargo de la enfermera y del técnico de enfermería, 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 consultorio CRED y PCT: Mencionar que a todos los casos positivos se les debe brindar orientación y o consejería según lo requiera el caso, se debe también establecer los criterios con la enfermera para establecer el mecanismo de derivación.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Retroalimentación

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.
- 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

2da. Visita: Valoración del examen mental, evaluación clínica psicosocial Asesoría en Servicio: Implica, que la enfermera facilitadora brindara la asesoría:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental
- Explicando la importancia del registro descriptivo de las funciones mentales y psicológicas del paciente posibilitando la identificación de los signos y síntomas presentes en un usuario en un momento determinado.
- Para tal fin se le pedirá su autorización al usuario, para ser atendida por los dos profesionales.
- Se atenderá con asesoría del facilitador enfermero a tres usuarios. Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Retroalimentación

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 paciente 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 pacientes 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

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

Asesoría en Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño:

- Explicar que es la consejería en salud mental.
- En caso el tamizaje es positivo, se transmite la razón de la derivación y tratamiento oportuno si lo requiere, estableciendo una relación de ayuda, identificar y responder las necesidades del usuario estar atento a sus temores y dudas para despejarlas.
- 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
Indicaciones y acuerdos técnicos:
Registro:

Asesoría en Servicio de ESN-PCT: El facilitador y enfermera del servicio abordara según hallazgos:

- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea positivo, se educa 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, estas ayudarán a establecer una relación de ayuda con el usuario, identificar y responder a sus necesidades, además que este acepte el tratamiento y regrese para la visita de seguimiento.
- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea negativo, de la misma manera se brinda orientación respecto la prevención de factores de riesgo y potenciar los factores protectores en salud mental.
- En caso de que reciba tratamiento de la especialidad se brindará consejería para favorecer la adherencia al tratamiento: importancia del tratamiento, administración correcta de fármacos, efectos colaterales.

Retroalimentación
Indicaciones y acuerdos técnicos:
Registro

4ta. Visita: Intervenciones psicoeducativas servicio CRED

Asesoría en Servicio de CRED:

- Se iniciará socializando aspectos relacionados a la psicoeducación, objetivos evaluar el apego, vinculo y pautas la crianza de los niños.
- Se explicará la importancia 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 de contar con el manual respectivo que consta de 2 sesiones.
- Psicoeducación para depresión:

  - Iniciará socializando aspectos relacionados a depresión.
  - Explicando la importancia de que los usuarios que conozcan aspectos importantes en relación a la depresión y posibilitar la expresión de emociones en un clima de respeto y tolerancia.
  - Para tal fin desde el inicio del acompañamiento se le pedirá a la enfermera del servicio que para esta fecha cite a los pacientes con diagnóstico de depresión agrupándolos de 10.
  - La enfermera facilitadora desarrollará el primer tema para lo cual deberá de contar con el manual respectivo que consta de 4 sesiones

- La Enfermera del establecimiento desarrollará el siguiente tema guiándose del manual respectivo.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.

Retroalimentación.
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
Retroalimentación.
Indicaciones y acuerdos técnicos:

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

Asesoría en Servicio: Implica, que la enfermera facilitadora brindara la asesoría:

- Se establecerá el plan terapéutico de enfermería, con colaboración del facilitador.
- Brindará asesoría para adherencia del tratamiento, administración de fármacos, lugar de almacenamiento, horarios y/o demostrar 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 indicado (farmacológico/psicosocial) y la identificación de necesidades o problemas de la familia.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada.

Retroalimentación.

- Todo usuario con diagnóstico de depresión deberá ser incluida en psicoeducación grupal

Registro

- (Ver Anexo 15: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Enfermería)

Acompañamiento Clínico profesional en salud mental - Obstetra de atención primaria:

1era. Visita. Tamizaje en salud mental en gestante.

Asesoría de servicio: Implica, que el profesional en salud mental brindara la asesoría:

- Iniciará socializando los instrumentos de tamizaje (RQC, SRQ-18, VIF), explicando la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud mental.
- Brindando asesoría, en la aplicación de estos instrumentos en el momento de la consulta, puede realizar un modelado aplicando la primera ficha, la consejería.
- Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Retroalimentación
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro

2 da. Visita. Examen mental en gestante.

Asesoría de servicio:

- Iniciará socializando aspectos relacionados al examen mental.
- Explicando la importancia del registro descriptivo de las funciones mentales y psicológicas del paciente posibilitando la identificación de los signos y síntomas presentes en un usuario en un momento determinado.

Retroalimentación
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro

3era. Visita. Consejería en salud mental.

Asesoría de servicio: Para tal fin se le pedirá su autorización al usuario, para ser atendido por los dos profesionales, el facilitador y la obstetras del servicio abordará según hallazgos:

- En caso el tamizaje (SRQ-18, VIF) sea positivo, se educa 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, estas ayudaran a establecer una relación de ayuda con el usuario, identificar y responder a sus necesidades, además que este acepte el tratamiento y regrese para la visita de seguimiento, Si el obstetra es asesorada por primera vez, se atenderá 3 usuarios con la asesora 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.
Indicaciones y acuerdos técnicos.
Registro

4ta. Visita. Derivación de caso, psicoeducación.

Asesoría de servicio: El facilitador brindará orientación:

- Si el tamizaje resulta positivo tendrá que ser derivado al servicio de medicina, para que el médico evalué el caso.
- Si durante la realización del examen mental 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
Indicaciones y acuerdos técnicos
Registro.

5ta. Visita. Visita domiciliaria. Adherencia.

Asesoría de servicio:

- 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 indicado (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
Indicaciones y acuerdos técnicos:

- Realizar visita domiciliaria a las gestantes que resulten con tamizaje positivo, ha recibido evaluación e iniciado tratamiento y no cumple con tratamiento indicado y después de recibir consejería persiste.

- Casos de pacientes con diagnóstico de trastorno mental que no cumplen con las indicaciones terapéuticas.

Registro

(Ver Anexo 16: Fluxograma ACP y de gestión en salud mental a Obstetricia)

Actividad 5.3: Presentación y discusión de casos clínicos con énfasis en trastornos mentales y problemas prevalentes.

- Se presentará casos clínicos de los trastornos psiquiátricos más prevalentes mediante diferentes técnicas (narrativo y juego de roles) para poder evaluar, diagnosticar y brindar un abordaje integral al paciente.
- El equipo interdisciplinario del primer nivel de atención también podrá presentar casos clínicos por su complejidad, manejo psicofarmacológico, psicosocial, soporte familiar, adherencia al tratamiento entre otros, en la que el equipo técnico especializado da su aporte, para el manejo del caso.
- La presentación de casos clínicos aumentará en complejidad con respecto a las posteriores visitas, según convenga el equipo acompañado.

Actividad 5.4: Revisión de registro clínicos.

- Se revisaran 5 historias clínicas de cada servicio (crecimiento y desarrollo, salud sexual reproductiva, medicina, psicología), para lo cual se coordinara con el jefe de estadística o admisión, para sacar las historias clínicas, las que serán seleccionadas al azar teniendo en cuenta el reporte HIS del último trimestre en relación a la fecha de visita.

- Esta actividad es otro momento importante para el proceso enseñanza aprendizaje, al revisar las Historias clínicas, se va reforzando los aspectos clínicos, terapéuticos y se fortalece el registro de datos en historia clínica: Motivo de consulta, tiempo de enfermedad, examen físico, examen mental, diagnóstico, prescripción farmacológica, intervención psicosocial, referencia o derivación a otro servicio, seguimiento: fecha de cita. El equipo absolverá las preguntas y dudas del equipo.

- Brindará asesoría de acuerdo a los hallazgos y dificultades encontradas en relación a la evaluación, diagnostico, farmacoterapia, intervenciones psicosociales, rehabilitación, seguimiento.

Actividad 5.5: Asistencia técnica para el adecuado registro epidemiológico y estadístico HIS/SIS.

- Realizar la entrevista con el jefe de estadística, para conocer sobre el registro de las actividades de salud mental, revisar los formatos HIS, SIS, con registro de atenciones y tamizajes de salud, uso de los códigos CIE-10 y los códigos de las intervenciones psicosociales.

Actividad 5.6: Visitas domiciliarias.

- Las visitas domiciliarias están dirigidas a las familias con problemas psicosociales o familias de pacientes con algún trastorno mental.
- Las visitas domiciliarias lo realizarán todo el personal del equipo, médico, enfermería, trabajadora social, psicología, u obstetricia según sea el caso.
- El número de visitas es variable según sea cada caso, el número mínimo de visitas por año es de tres, no habiendo un máximo establecido ya que eso lo define el equipo de salud mental.
- Asesoría en servicio de visita domiciliaria:
  - Iniciará socializando el instrumento de visita domiciliaria (Ver Anexo 17), explicando la importancia de conocer el medio natural donde vive el usuario, los factores que favorecen o impiden el cumplimiento del tratamiento indicado (farmacológico/psicosocial) y la identificación de necesidades o problema de la familia.
  - Se brindará asesoría, educación para adherencia del tratamiento, administración de fármacos, lugar de almacenamiento, horarios y/o demostrar de acuerdo a las necesidades identificadas.
  - Al finalizar la asesoría procederá a felicitar al profesional por la actividad realizada en su práctica clínica.

Objetivo N°6: Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos de atención primaria de salud, en la mejora de procesos de atención de problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo de los procesos de referencia y contrarreferencia en salud mental, propiciar la continuidad del cuidado y/o cuidado compartido.

Actividad 6.1: Reunión técnica con los encargados de la oficina de referencia y contrarreferencia de los diferentes establecimientos de salud. Estrategias de Acción

- Se realizará una reunión con el personal encargado de las acciones de referencia y contrarreferencia del EESS.

- Por otro lado, también se abordará lo relacionado a las referencias y contrarreferencias que se deben realizar a los Centros de Salud Mental Comunitarios, en caso de que en el sector exista uno o hospital; así como también del seguimiento de los casos en EESS de atención primaria. Además incidir en la notificación y el registro, así como la coordinación de las referencias y contra rreferencias de mayor complejidad.
- Se deben colocar en acta los diferentes acuerdos a los que se llegaron en la presente reunión. (Ver Anexo 18)

Actividad 6.2: Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios a través de un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y eficiente.

- El Equipo especializado del HVLH, en cada una de las visitas que realice al EE.SS., verificará en la oficina de estadística del mismo cómo se viene desarrollando el proceso de referencia y contrarreferencia de los diferentes casos que se vienen abordando bajo el esquema comunitario.
- De darse el caso que las referencias para el trabajo interdisciplinario no se esté realizando o se esté realizando de manera deficiente, el equipo especializado del HVLH se reunirá con el equipo interdisciplinario, conjuntamente con el personal encargado del Departamento de Estadística del EE.SS. para analizar la problemática existente y realizar, en forma articulada, las sugerencias y ajustes que se requieran para fomentar el trabajo en equipo.
- El usuario que asiste a su EE.SS. y es atendido por el médico, de acuerdo a su evaluación por grado de complejidad realizará la referencia; de lo contrario será manejo en el propio establecimiento de salud.

A nivel de hospital general

Objetivo N°7: Brindar asistencia técnica para fortalecer el abordaje en emergencia y hospitalización breve en los hospitales de la jurisdicción.

Actividad 7.1. Asesoría técnica de gestión para la implementación de internamiento breve en el Hospital General. Estrategias de acción:

- Se concertará una reunión entre el equipo especializado del HVLH y el Director del Hospital General de la región, para coordinar la implementación y los requerimientos necesarios para la implementación del servicio de Hospitalización Breve.
- Se desarrollará la reunión de coordinación donde se creará el equipo de salud mental destinado al servicio de Internamiento Breve, conformado por el personal asistencial de dicho establecimiento, el

cual deberá incluir del personal médico, enfermería, psicología, trabajo social, obstetras.

- Se brindará capacitación sobre el manejo de las distintas patologías psiquiátricas que se abordarían dentro del servicio, las cuales estarán bajo la clasificación del CIE10 y de acuerdo con las patologías prevalentes de su región.
- Se capacitara al personal en los criterios de hospitalización, los que estarán en relación al análisis médico basado en su incompatibilidad para interactuar con la sociedad.
- Definir la responsabilidad de ejecución de las intervenciones de salud mental en diferentes niveles del abordaje del programa, buscando la integración de los servicios existentes en cada nivel de atención.
- Se capacitará en el manejo de pacientes hospitalizados y medicación ambulatoria de pacientes psiquiátricos al personal médico.
- Se capacitara al personal de enfermería y técnico sobre los cuidados específicos para pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- Se capacitara al personal de psicología sobre el abordaje que se le debe brindar a los familiares y pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- El HVLH, brindará pasantías en el servicio de emergencia a los médicos y personal del equipo acompañado para capacitar in situ en el manejo de pacientes con alguna emergencia psiquiátrica

Actividad 7.2: Asistencia técnica en el manejo y abordaje de emergencias psiquiátricas. Estrategias de Acción:

- El Equipo técnico del HVLH brindará una capacitación para el manejo de emergencias psiquiátricas.
- Se capacitará al personal médico para el manejo clínico psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales que pueda realizar una correcta clasificación de los pacientes según las prioridades de emergencia psiquiátrica (prioridad I – IV) para su atención.
- Se brindará asistencia técnica para el adecuado manejo y abordaje de los cuadros de emergencia para su estabilización, con el empleo correcto de psicofármacos por el personal médico.
- El personal brindará la asistencia técnica y capacitará al personal médico para la adecuada transferencia a los servicios de hospitalización breve o alta médica.
- Se capacitará al personal para gestionar las referencias y contrarreferencia de los pacientes atendidos para ser re direccionados a los servicios que les corresponden.

Actividad 7.3: Asesoría técnica de gestión para la implementación de internamiento breve en el hospital general de la región. Estrategias de Acción:

- Se concertará una reunión entre el equipo técnico del HVLH con el director del hospital general de la región, para coordinar la

implementación y los requerimientos necesarios para la implementación del servicio de Internamiento Breve.

- Se desarrollará la reunión de coordinación donde se creará el equipo de salud mental destinado al servicio de Internamiento Breve, conformado por el personal asistencial de dicho establecimiento, el cual deberá incluir del personal médico, de psicología, servicio social y de enfermería,
- Se brindará capacitación sobre el manejo de las distintas patologías psiquiátricas que se abordarían dentro del servicio, las cuales estarán bajo la clasificación del CIE10 y de acuerdo con las patologías prevalentes de su región.
- Se capacitara al personal en los criterios de hospitalización, los que estarán en relación al análisis médico basado en su incompatibilidad para interactuar con la sociedad.
- Definir la responsabilidad de ejecución de las intervenciones de salud mental en diferentes niveles del abordaje del programa, buscando la integración de los servicios existentes en cada nivel de atención.
- Se capacitará en el manejo de pacientes hospitalizados y medicación ambulatoria de pacientes psiquiátricos al personal médico.
- Se capacitara al personal de enfermería y técnico sobre los cuidados específicos para pacientes hospitalizados en psiquiatría.
- Se capacitará al personal de psicología sobre el abordaje que se le debe brindar a los familiares y pacientes hospitalizados en psiquiatría.

Se capacitara al personal de servicio social para el adecuado abordaje social, que brindará a las familias de los pacientes hospitalizados.
El HVLH, brindará pasantías en el servicio de emergencia a los médicos y personal del equipo acompañado para capacitar in situ en el manejo de pacientes con alguna emergencia psiquiátrica

5.6 Presupuesto

PpR N° 131 de Prevención y Control en Salud Mental.
Hospital Víctor Larco Herrera.

5.7 Indicadores del proceso de acompañamiento

Se considerarán los siguientes indicadores de evaluación:

- Nº de establecimientos acompañados presencial y virtualmente.
- Nº de casos supervisados (registro y seguimiento).
- Nivel de satisfacción global del equipo acompañado (reporte mensual).
- Nº 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).

5.8 Monitoreo y evaluación

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

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

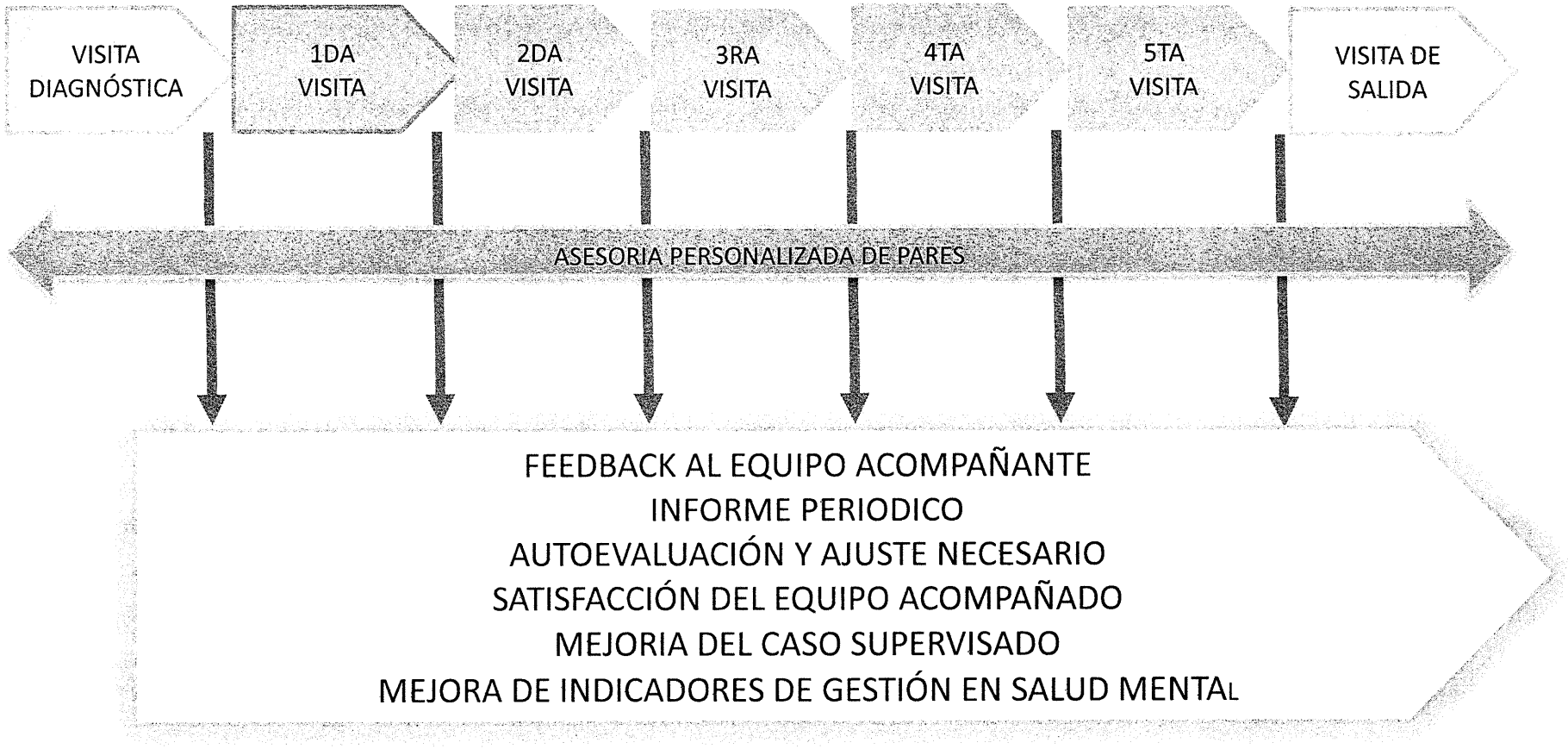
VI. RESPONSABILIDADES

Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria del Hospital Víctor Larco Herrera

VII. ANEXOS

VIII. 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:

ACTA DE COMPROMISO PARA LA FORMACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL Y EL DESARROLLO DE TRABAJOS CONJUNTOS

Siendo las..... horas del día ..... se desarrolla la charla de inducción a los promotores sociales – agentes de salud del EE.SS. ....., con la finalidad de sensibilizarlos en la importancia de contar con Agentes de Salud mental Comunitarios. Luego de terminada la Charla de Inducción, los siguientes promotores sociales – agentes de salud, decidieron voluntariamente convertirse en Agentes de Salud mental Comunitarios:

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

Se llegan a los siguientes compromisos:

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

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 el desarrollo de los acuerdos concretados.

Anexo 5:

HOJA DE REFERENCIA DEL AGENTE COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

1. DATOS DEL PACIENTE

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

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

3. **RECEPCIÓN DE LA ATENCIÓN**

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

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

Anexo 6:

EXAMEN MENTAL (glosario)

CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

ANORMALIDADES DE LA CONCIENCIA (en relación a estado de vigilia)

Anublamiento	Es un estado de entorpecimiento al que se le agrega un contenido anormal, entorpecimiento productivo
Embriaguez	es un estado de entorpecimiento donde se agrega un estado de desinhibición psíquica
Estado crepuscular	es el estrechamiento del campo de la conciencia de manera súbita con AUTOMATISMO MOTOR (acciones complejas), no se guarda el recuerdo.
Delirium	estado de entorpecimiento brusco de tipo oscilante compromiso cognitivo global transitorio

ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN

Distraibilidad	el foco de la atención cambia constantemente desviándose de su dirección original
Hiperprosexia	Concentración tenaz y constante sobre un estímulo con exclusión de los otros
Perplejidad anormal	Sensación de extrañeza que impiden la determinación del problema actual generando incapacidad

ALTERACIONES DE LA ORIENTACIÓN

Desorientación persona, espacio y tiempo

PENSAMIENTO

ALTERACIONES DEL CURSO Y FORMA DEL PENSAMIENTO

Lentificado	dificultad en su fluidez, pobre variación ideacional
Inhibido	Ausencia parcial o total de ideas complejas
Mutismo	No comunica información o comunica muy poca
Fuga de Ideas	Taquilalia asociada a distractibilidad y animo expansivo. Discurso sin finalidad en donde entre frase y frase no hay coherencia
Bloqueo	Interrupción abrupta del pensamiento
Circunstancial	Dialogo redundante que no aporta elementos de ayuda para entender la idea, con detalles innecesarios
Perseverante	Repetición persistente de palabras o ideas
Incoherencia	El discurso se vuelve ininteligible. Algunas veces se ignoran las reglas de la sintaxis
Tangencial	El paciente responde de forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante

ALTERACIONES DEL CONTENIDO

DELUSIÓN

Alteración del juicio, creencia errónea e irrevocable a la argumentación lógica que no es parte del contexto cultural del paciente y es incomprensible.

TIPOS DE DELUSIONES E IDEAS DELIRANTES

Extravagante	creencia falsa, absurda, y totalmente imposible

Paranoia	**Idea de daño:** Creencia falsa que las personas le quieren hacer daño, brujería. Le tienen envidia, etc. **Idea de persecución**: creencia falsa de que uno es perseguido maltratado, o estafado. **Idea de auto referencia**: idea que los demás se burlan de uno por medio de indirectas, les mandan mensajes por la T.V, radio.
De grandeza	idea de ser muy importante.
Mística	idea de ser el elegido, de tener una misión divina o en relación al diablo
Celotípica	idea de celos infundados. creencia falsa acerca de la infidelidad de la pareja
Erotomaniaca	idea de que alguien está intensamente enamorado de uno
De control	creencia de ser controlados por fuerzas externas

PENSAMIENTO OBSESIVO (obsesiones)

Se refiere a pensamientos o imágenes que surgen involuntariamente y causan incomodidad (disforia o ansiedad) Idea que la persona la reconoce como absurda e inútil. Usualmente generan actos compulsivos los cuales baja su ansiedad

de contaminación	**Idea de estar sucio, contaminado.**
sexuales	"me viene la idea de tener sexo con mi propia madre, no quiero"
religiosa	"me vienen malas palabras contra Dios aunque no quiero"
duda compulsiva	"¿lo hice o no lo hice?"

IDEAS SOBREVALORADAS

Son pensamientos acompañados de una emoción intensa la cual predomina sobre lo racional, SON REBATIBLES AL RAZONAMIENTO

PENSAMIENTO FÓBICO

Ideas que aparejan temores irracionales a objetos o situaciones cuya presencia, real o imaginada, puede llegar hasta el pánico

PENSAMIENTO HIPOCONDRIACO

Idea de preocupación excesiva por una enfermedad y por la propia salud, que no está en una patología real

LENGUAJE

ALTERACIONES EN EL LENGUAJE VERBAL Y MÍMICO

Alogia	El lenguaje tiende a ser vago, repetitivo y estereotipado
Neologismos	Formación de nuevas palabras cuyo significado no podemos comprender
Ecolalia	Repetición en eco de palabras o frases del interlocutor
Disartria	dificultad para la articulación generalizada de las palabras
Soliloquio	el paciente habla en voz audible como dirigiéndose a alguien imaginario
Taquilalia	Lenguaje muy rápido, con tiempo de latencia de respuesta disminido

PERCEPCIÓN

DISTORSIÓN PERCEPTIVA

ALUCINACIONES

Auditiva percepción falsa de un sonido.

Alucinación auditiva comandatorias: dan ordenes
Alucinación auditiva injuriante: Voces que denigra, dicen obsenidades, o insultan al paiente
Alucinaciones auditivias amenazantes : Voces que amenazan al paciente, o lo condicionan a realizar alguna acción
Alucinaciones auditivas dialogantes: Voces que hablan entre ellas

visual	percepción falsa de objetos, formas o luces. **fotopsias** (destellos, manchas móviles delante de los ojos). Se puede ver en pacientes orgánicos Autocospia negativa : Falta de visión de objetos reales, o de no verse a si mismo
olfativas	Alteración de los olores percibidos. Cacosmia : Olor fétido Anosmia : Ausencia de percibir olores
gustativas	Alteración de los sabores percibidos En ocasiones guarda relación con el tipo de delusión.
táctil (háptica)	percepción falsa del tacto superficial. Pueden ser **térmicas** (sensación de ser calentado o enfriado), **hídricas** (sensación de ser humedecido), **parestesias**, etc.
cinestésicas	una vivida sensación de que su cuerpo, o partes de él, se mueven sin que el observador pueda constatar ello
hipnagógica	tiene lugar al entrar en el sueño, no se considera patológica en general
hipnopómpica	percepción falsa que ocurre al salir del sueño, no se considera patológica en general

PSEUDOALUCINACIONES

Es una alucinación que se presenta "dentro de la cabeza del paciente" generalmente con manifestaciones visuales y auditivas

AFECTIVIDAD

AFECTO	
Afecto inapropiado	desarmonía entre el tono emocional y la idea o lenguaje que acompañan
Afecto embotado	reducción considerable de la intensidad de la exteriorización de los sentimientos
Labilidad afectiva	cambios rápidos y bruscos en el tono emocional
ÁNIMO	
Ánimo disfórico	usualmente mezcla de cólera y tristeza, incomodidad
Ánimo expansivo	el sujeto expresa sus sentimientos sin inhibiciones
Ánimo irritable	estado en el que sujeto se enfada fácilmente
Anhedonia	pérdida del interés y abandono de las actividades placenteras
Apatía	incapacidad más o menos prolongada para experimentar sentimientos
MEMORIA	
Amnesia	incapacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas.

	anterógrada: amnesia de los hechos ocurridos antes de un momento en el tiempo **retrógrada:** amnesia de lo ocurrido después de un momento en el tiempo. **blackout:** amnesia que experimentan los alcohólicos de su conducta durante las borracheras, no relacionada al sueño o sopor
Paramnesia	***Falsos reconocimientos.*** ***Desconocimiento de los conocidos***. ***Déjà vu***: el sujeto tiene la sensación de haber visto o haber experimentado antes ***Jamais vu:*** impresión de no haber visto o estado anteriormente
Confabulación	experiencias imaginarias o falsas que el paciente cree pero que no tienen fundamento real
VOLUNTAD Y PSICOMOTRICIDAD	
Catatonía	es alteración severa de la actividad en sus extremos (acinesia e hipercinesia). ***Catalepsia***: posición incómoda que se mantiene con inmovilidad longada. ***Flexibilidad cérea***: cuando se mueve extremidad de la persona parece estar hecho de cera. ***Negativismo***: resistencia sin motivo a todos los intentos de ser movilizado o a obedecer cualquier orden. ***Estereotipia***: repetición de un patrón fijo de movimientos o lenguaje.
Estupor	ausencia patológica de movimientos sin respuesta a estímulos habituales, del ambiente
Acatisia	Sensación de intranquilidad interior, que causa la necesidad de estar inquieto e incómodo
Hipobulia	mengua o disminución de la capacidad resolutiva o dificultad para la iniciativa motora
Anergia	falta de energía
INSIGHT	

Conciencia de Enfermedad (Saber que se padece de algo)

Anexo 7:

FICHA DE ACOMPAÑAMIENTO

Departamento: ..... Servicio: .....

Especialista: .....

Profesional Acompañado: .....

Establecimiento de Salud: .....

Fecha de Visita: .....

Número de Visita: .....

Observaciones:

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

Anexo 8:

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.

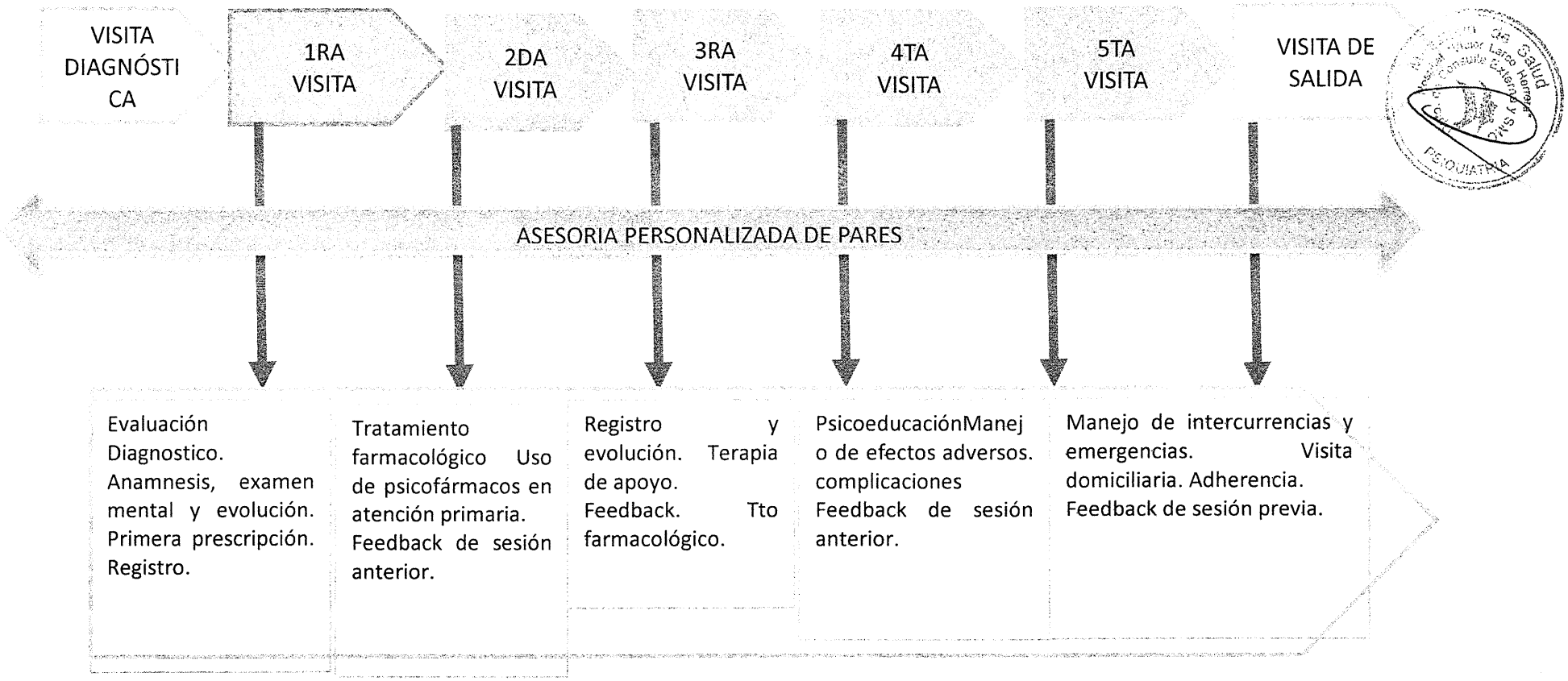
Siendo las..... horas del día ..... se da por culminada la presente visita, quedando como fecha de la siguiente visita el día .....

Personal Acompañante

Personal Acompañado

Anexo 9:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A MEDICINA



Anexo 10:

LISTA DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICABLES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Adultos	Niños
Área de Inteligencia	
▪ Test de Matrices Progresivas de Raven ▪ Test de Domino D-48 ▪ Test S-50 -Prueba de Madurez Mental de California ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY)	▪ Escala de Inteligencia de Stanford Binet ▪ Test de Vocabulario en Imágenes (PEABODY)
Área de Personalidad	
▪ Cuestionario Factorial de personalidad EPQ-R ▪ Frases incompletas de Sacks ▪ Test de la Figura Humana de Karen Mac Kover ▪ Test del Hombre bajo la lluvia ▪ Test Casa – Árbol – Persona ▪ Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon – II ▪ Test de BARON – ICE	▪ Cuestionario de Personalidad para niños y adolescentes EPQ-I ▪ Test de la figura humana – DFH ▪ Test de frases incompletas de Rotter ▪ Test de BARON (abreviado)
Área de Funciones Cognitivas Específicas	
▪ Evaluación neuropsicológica breve en español – NEUROPSI	
Área de Desarrollo/Organicidad	
▪ Test Gestáltico Visomotor de Bender ▪ Test de Benton • Escala de Madurez Social De Vineland • Test de Desarrollo Psicomotor de Brunet Lezinne	
Área familiar	
• 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) • Inventario de Intereses Vocacionales de Angellini	
Área Psicopatología	
• Escala de Hamilton • Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck • Inventario de Ansiedad y Depresión de Zung • Test Dependencia Alcohólica AUDIT	

Anexo 11:
INFORME PSICOLÓGICO

DATOS PERSONALES
Nombres y Apellidos:
Edad:
Sexo:
Fecha de Nacimiento:
Grado de Instrucción:
Religión:
Referente:
Examinador:
Fechas de Evaluación:
Fecha de Informe:

OSERVACIÓN 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 ola derivación al médico).

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

Anexo 12:
PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL

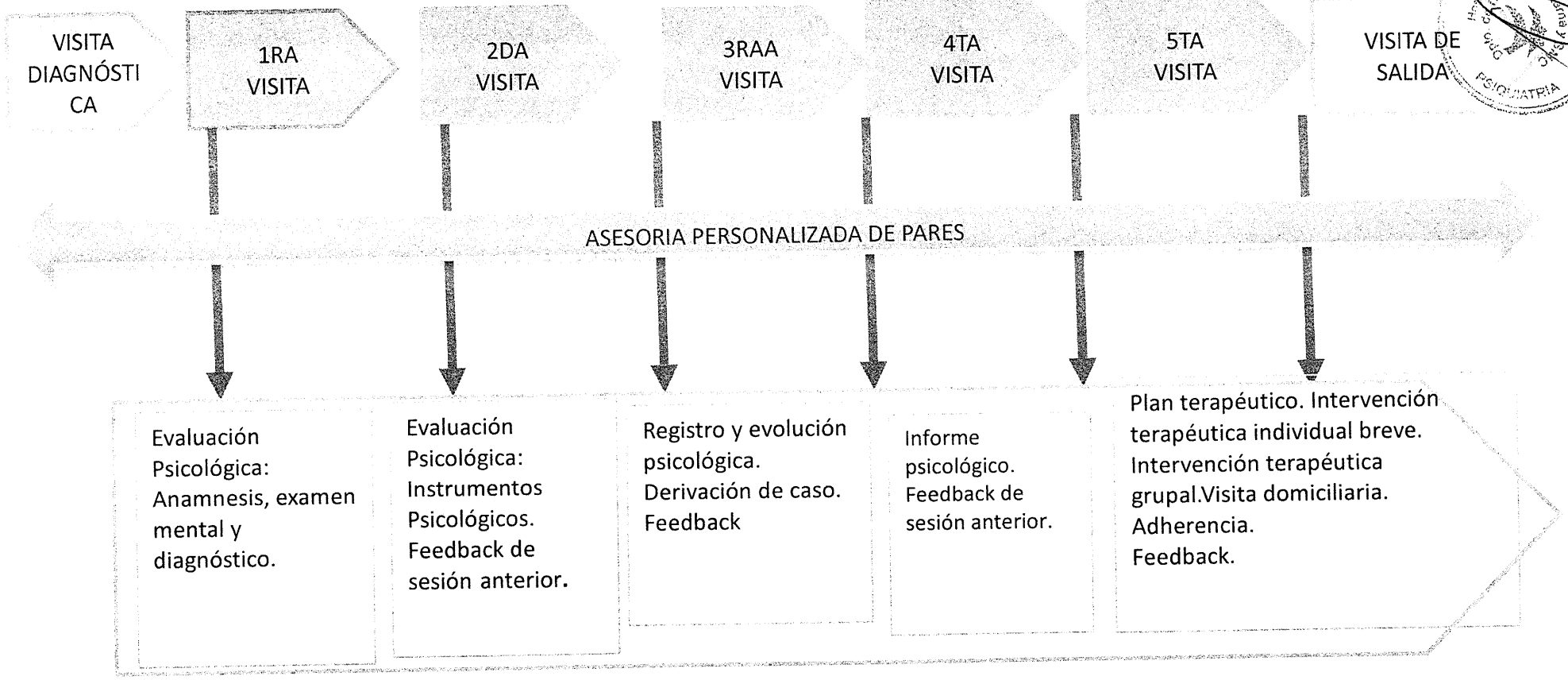
Datos del/la paciente
Nombre:
Edad:
Sexo:
Grado de Instrucción:
Duración (Se sugiere que cada sesión debe tener una duración oscilante entre 45 y 60 minutos).
Sesiones (Según el programa PPR, se plantean de 4 a 6 sesiones, las cuales, a criterio del psicólogo tratante, pueden aumentar en 2 ó 3 sesiones 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 paciente, se busca establecer la empatía y generar el compromiso con el tratamiento y los roles y funciones, tanto del psicólogo, como del o la paciente, buscando crear consciencia de la responsabilidad del paciente en el desarrollo del proceso terapéutico).
- **Evaluación y formulación del/los problema(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 que el paciente 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 paciente, 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 paciente 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 sexta sesión).

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

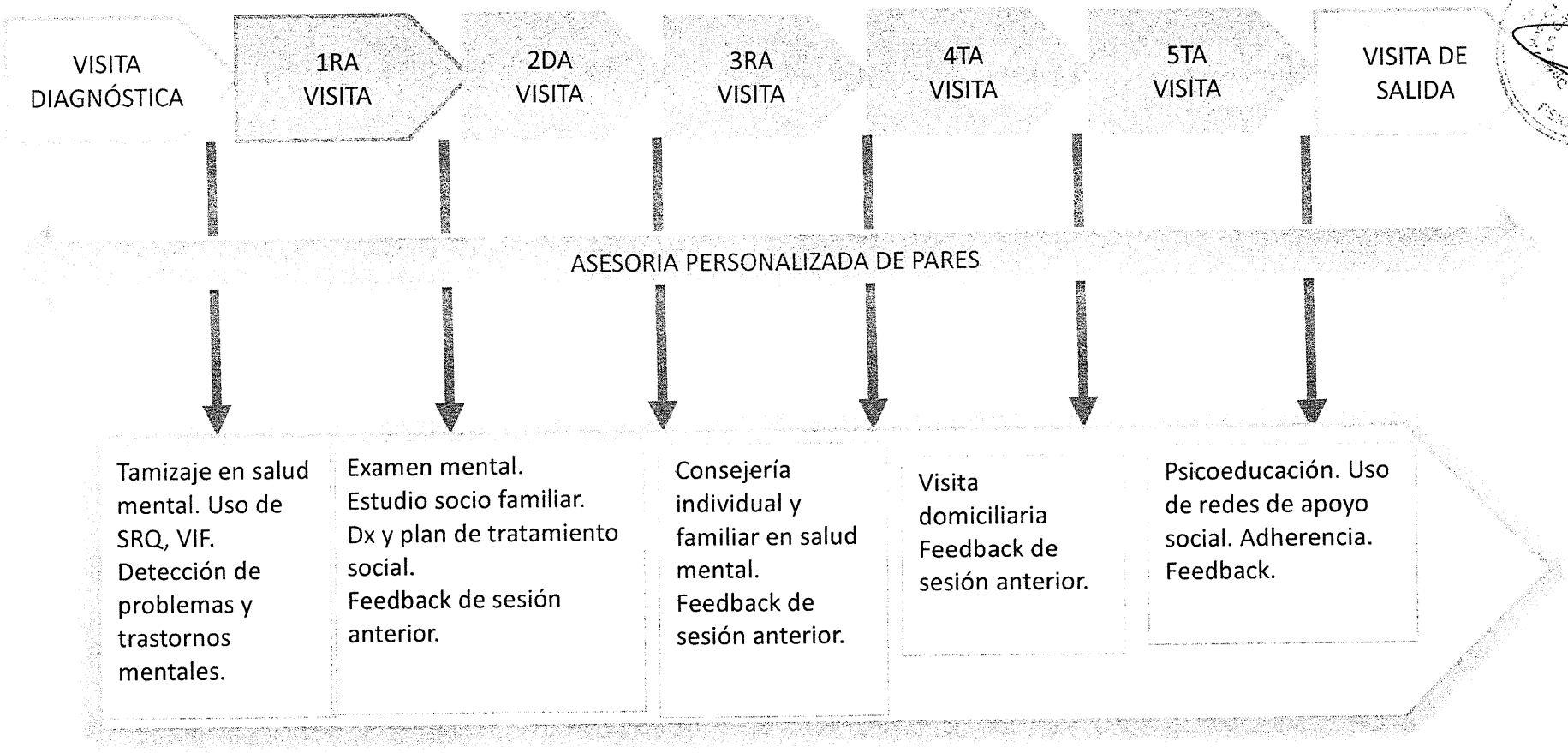
Anexo 13:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A PSICOLOGÍA



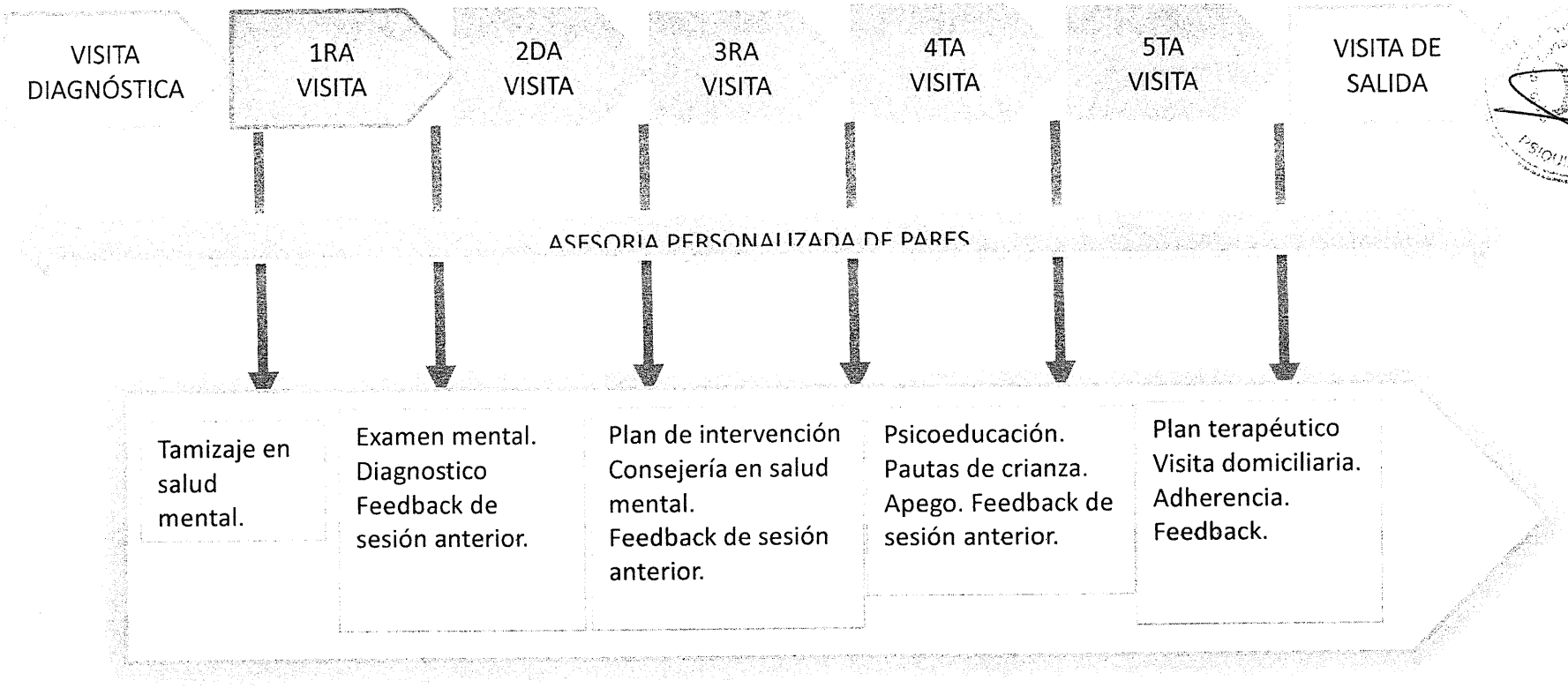
Anexo 14:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A TRABAJADORA SOCIAL



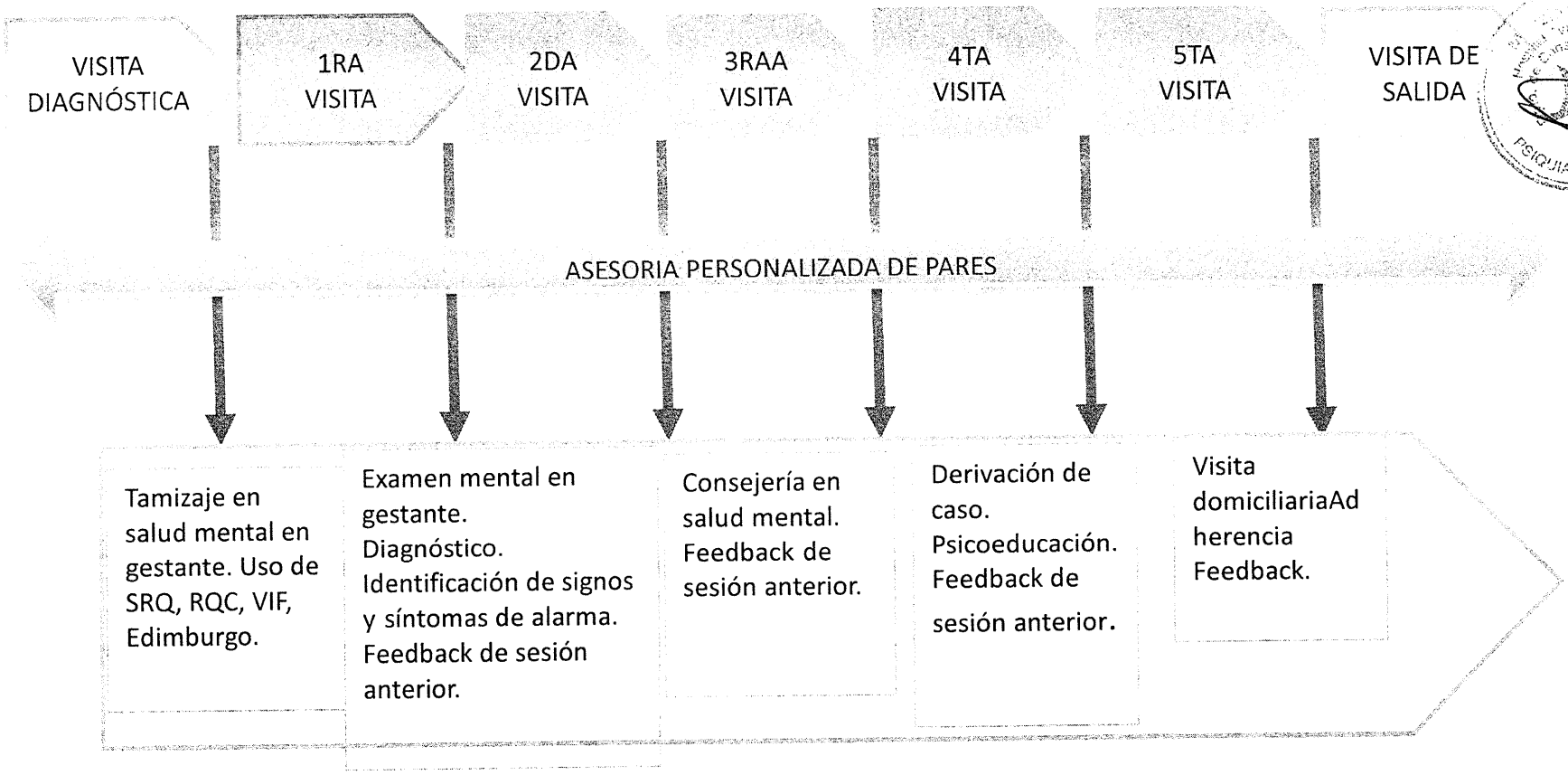
Anexo 15:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A ENFERMERÍA



Anexo 16:

FLUXOGRAMA ACP Y DE GESTIÓN EN SALUD MENTAL A OBSTETRICIA



Anexo 17:

FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA

DATOS GENERALES
Datos de la Familia (Apellidos): .....
Nombre del (la) paciente: .....
Edad del (la) paciente: .....
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) paciente 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 18:

ACTA DE ACUERDOS CON LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Siendo las..... horas del día ..... se desarrolla la reunión de coordinación y acuerdos para la realización de trabajos articulados entre el Equipo Técnico del HVLH y la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del
EESS....., 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.

IX. BIBLIOGRAFIA

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 Nº 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 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 Mental1996; 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, 3 ª ed. 2013.
27. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatologia 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
31. Bojórquez E. Clases de Psicopatología, UNMSM Posgrado de Psiquiatría 2013.