PROGRAMA PRESUPUESTAL 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Anexo 2

Contenidos mínimos del Programa Presupuestal

Tabla de contenido

1 Información General 3

1.1 Nombre del Programa Presupuestal 3

1.2 Tipo de Diseño Propuesto 3

1.3 Entidad Rectora del PP 3

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal: 3

1.5 Coordinador Territorial 3

1.6 Coordinador de Seguimiento y Evaluación 3

2 Diagnóstico 4

2.1 Identificación de problema específico 4

2.1.1 Enunciado del problema específico 6

2.1.2 Competencias de la entidad para abordar el problema 6

2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado 7

2.2 Identificación y cuantificación de la población 16

2.2.1 Población potencial 16

2.2.2 Cuantificación de la población potencial 16

2.2.3 Criterios de focalización 16

2.2.4 Población objetivo 17

2.2.5 Atributos de la población objetivo 18

2.3 Causas del problema identificado 18

3 Diseño del Programa 31

3.1 Resultado específico 31

3.2 Análisis de los medios 31

3.3 Análisis de alternativas 35

3.3.1 Análisis de alternativas de intervención 36

3.4 Transición de las alternativas al producto 41

3.5 Actividades, tareas e insumos 62

3.6 Indicadores 109
3.6.1 Indicadores de Desempeño 109
3.6.2 Indicadores de producción física 133
4 Seguimiento y Evaluación 141
4.1 Seguimiento del Desempeño 141

1 INFORMACIÓN GENERAL

1.1 NOMBRE DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

1.2 TIPO DE DISEÑO PROPUESTO

Propuesta de PP del Ejercicio Fiscal 2017 – Revisión del Diseño	X
Propuesta de PP del Ejercicio Fiscal 2017 – Ampliación del diseño	
Propuesta de PP del Ejercicio Fiscal 2017 – Rediseño	
Nueva Propuesta de PP	

1.3 ENTIDAD RECTORA DEL PP

Ministerio de Salud

1.4 RESPONSABLE TÉCNICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL:

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud.

1.5 COORDINADOR TERRITORIAL

Oficina General de Articulación y Coordinación.

1.6 COORDINADOR DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

2 DIAGNÓSTICO

2.1 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMA ESPECÍFICO

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, la cual es definida por la OMS como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente como la ausencia de enfermedad. En este estado de bienestar, el individuo reconoce sus propias capacidades, puede manejar adecuadamente el estrés normal de la vida diaria, trabajar productivamente y ser capaz de contribuir a su comunidad. La salud mental es la base del bienestar individual y del funcionamiento efectivo de una comunidad (2). La ausencia de salud mental impide que las personas alcancen sus objetivos personales, no les permite superar los obstáculos cotidianos y avanzar con su proyecto de vida y también, da lugar a falta de productividad y compromiso cívico. Todo ello genera como resultado: frustración, pobreza, violencia e incapacidad de desarrollarse en democracia y de considerar el bien común (3). Por todo esto la salud mental constituye un factor clave para la inclusión social y la plena participación en la comunidad.

Los problemas de salud mental comprenden un amplio rango de patrones de comportamiento, pensamientos o emociones que generan malestar, sufrimiento, menoscabo del funcionamiento en la familia, escuela, trabajo u otros espacios sociales y/o en la habilidad para vivir independientemente, o presenta un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. En términos generales pueden clasificarse en trastornos mentales y problemas psicosociales (4). Las enfermedades mentales comprenden el sufrimiento, discapacidad o morbilidad debida a trastornos mentales, neurológicos y/o de uso de sustancias, los cuales pueden tener un origen genético, biológico y psicosocial, así como en las condiciones sociales y factores ambientales (5).

En nuestro país, estas enfermedades fueron las que ocasionaron una mayor carga de enfermedad en el 2004: se ha estimado que produjeron 826 253 AVISA y que representaron el 16% de todos los AVISA y el 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. La mayor carga de enfermedad de estas enfermedades se debe a que son crónicas, con mayor duración y generadoras de una mayor discapacidad (6). Asimismo, en el 2012 las enfermedades neuropsiquiátricas también ocuparon el primer lugar de carga de enfermedad, produciendo 1´010,594 años saludables perdidos, lo que representa una razón de 33,5 por mil habitantes (7). La prevalencia de vida de al menos un trastorno mental en nuestro país fue 29%, y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10,5% y 4%, respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (14,9%), seguidos por los trastornos del humor (8,2%), los trastornos de control de impulsos (8,1%) y los trastornos por consumo de sustancias (5,8%). La edad de inicio fue más temprana para los trastornos de ansiedad (15 años) y del control de impulsos (20 años) (8).

Por todo ello, la salud mental es un elemento prioritario que requiere una adecuada atención e inversión, ello incluye la promoción y protección de la salud mental y la prevención y tratamiento de los trastornos mentales. Los gobiernos, como guardianes principales de la población, tienen la mayor responsabilidad de asegurar que las necesidades de salud mental sean satisfechas, al igual que promover la salud mental

de toda la población. Las fallas en el mercado de la salud mental incluyen la falta de información o reconocimiento de la propia enfermedad mental, la falta de cobertura o cobertura parcial de los trastornos de salud mental y los efectos colaterales de los trastornos de salud mental sobre la salud del paciente y del entorno. Otras responsabilidades gubernamentales incluyen el adecuado control de estos mercados para prevenir desenlaces socialmente inaceptables, reducir las inequidades en el acceso a servicios de salud y otros servicios relacionados y promover el aseguramiento universal de salud. Los gobiernos y tomadores de decisiones pueden llevar a cabo las acciones siguiente: 1) proveer una mejor información, educación y concienciación sobre salud y enfermedad mental, 2) proveer una mejor y mayor oferta de servicios de salud mental para poblaciones inadecuadamente atendidas o con necesidades insatisfechas, 3) proveer una mejor protección social y financiera para personas con trastornos mentales, más aún en grupos con desventaja social y, 4) proveer una mejor protección legal y soporte social para personas, familias y comunidades afectadas por trastornos mentales (5).

Todas estas acciones deben formar parte de una política integral de salud mental. Una política explícita sobre salud mental es una herramienta poderosa y esencial para el departamento de salud mental de cualquier ministerio de salud. Una política correctamente formulada y puesta en práctica mediante planes y programas puede generar impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada. Se ha descrito en la literatura que la puesta en marcha de políticas de salud mental puede producir mejoras en la organización y calidad de los servicios, la accesibilidad, el cuidado comunitario, los vínculos entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores y en varios indicadores de salud mental (9). Cuando se considera desarrollar una política de salud mental es muy importante considerar un cronograma y disponer de uno o dos años para el desarrollo y de cinco a diez años para la implantación y obtención de cambios Los diferentes elementos de las políticas, planes y programas pueden requerir diferentes periodos de tiempo. (10).

Se ha recomendado seis acciones de política de salud mental que se guían por los principios de respeto a los derechos humanos, fundamento en la práctica basada en la evidencia, búsqueda de la cobertura universal de salud mental y enfoque en todo el curso de vida. Las seis acciones que se plantean corresponden a: empoderar a las personas con problemas de salud mental y sus familias, construir una fuerza de trabajo en salud mental diversa, desarrollar un enfoque de trabajo en equipo colaborativo y multidisciplinario para la atención en salud mental, usar tecnología para mejorar el acceso a la salud mental, identificar y tratar tempranamente los problemas de salud mental y reducir la mortalidad prematura (11).

Para desarrollar una política de salud mental se requiere, primero, de la reunión de información y datos. También depende de las necesidades de salud mental de la población y del sistema de salud mental propiamente dicho, así como de las prestaciones que éste ofrece en un determinado momento. En tal sentido, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, en su afán e interés de llevar a cabo estas acciones y de mejorar la salud mental de la población, tiene como competencias exclusivas y de rectoría el formular, difundir y evaluar estrategias y normas para la implementación de acciones en Salud Mental, en el marco de la atención integral de salud, e identificar los objetivos nacionales que permitan la propuesta y desarrollo de estrategias y proyectos para la promoción de Salud Mental en la persona, familia y comunidad. Todo ello de acuerdo a los objetivos

de política nacional establecidos en el Plan Bicentenario Perú al 2021 (4). Por este motivo, el objetivo de la presente revisión es realizar una búsqueda de la evidencia que permita sustentar las estrategias de intervención que desarrolla en el Programa de Salud Mental.

2.1.1 Enunciado del problema específico

Elevado número de personas afectadas por trastornos de salud mental en la población general y de alto riesgo.

2.1.2 Competencias de la entidad para abordar el problema

El Ministerio de Salud tiene como competencias exclusivas y de rectoría el formular, difundir y evaluar estrategias y normas para la implementación de acciones en Salud Mental en cumplimiento de la Ley 26842, Ley General de Salud, artículo 127-A y la sétima disposición complementaria, transitoria y final de la Ley General de Salud, que define al Ministerio de Salud como la Autoridad de Salud de nivel nacional y ente rector del sistema de salud y, la Ley N° 29889, "Ley que modifica el Artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental"

Tabla 1. Competencia de la Entidad para abordar el problema

COMPETENCIAS	EXCLUSIVAS/ COMPARTIDAS	SI ES COMPARTIDA, INDIQUE SI TIENE RECTORÍA
FORMULAR LAS INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS DE PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS Y DAÑOS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN, CONSIDERANDO LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LOS ENFOQUES DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y DERECHO	Exclusiva	
IDENTIFICAR Y PROPONER LAS PRIORIDADES DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS ORIENTADOS A LA PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS Y DAÑOS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN.	Exclusiva	
FORMULAR E IMPLEMENTAR POLÍTICAS, NORMAS, LINEAMIENTOS Y OTROS DOCUMENTOS EN MATERIA DE INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS Y DAÑOS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN	Exclusiva	
FORMULAR E IMPLEMENTAR LAS NORMAS Y LINEAMIENTOS ORIENTADOS A LA DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE ENFERMEDADES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN	Exclusiva	Sí
DESARROLLAR Y REALIZAR ACCIONES DE MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN, CONTROL Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS Y DAÑOS QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN EN EL ÁMBITO NACIONAL EN COORDINACIÓN CON LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD Y OTROS SECTORES DEL ESTADO Y LA SOCIEDAD CIVIL, A FIN DE MEJORAR O REDISEÑAR LAS POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA	Compartida	Sí
REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN FOMENTANDO LA COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA A SU CARGO A NIVEL NACIONAL	Compartida	Sí
COORDINAR LA EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y CAMPAÑAS COMUNICACIONALES QUE PROMUEVAN LAS PRÁCTICAS SALUDABLES EN EL ÁMBITO NACIONAL Y EN LAS MATERIAS BAJO SU COMPETENCIA	Compartida	Sí
FORMULAR, DESARROLLAR Y DIFUNDIR ESTUDIOS, INVESTIGACIONES Y EVALUACIONES EN LA MATERIA DE SU COMPETENCIA	Compartida	Sí
BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN A LOS DIFERENTES NIVELES DE GOBIERNO, EN LA MATERIAS DE SU COMPETENCIA	Compartida	Sí

2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

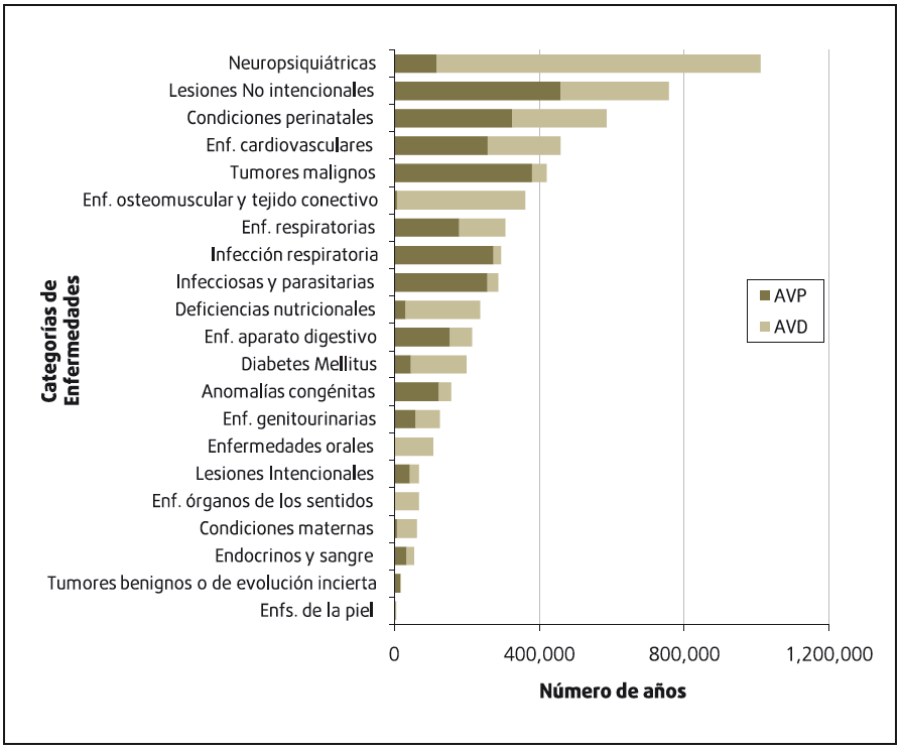
La OMS, ha definido a la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad. Plantea la prioridad de atención de la salud mental basado en las siguientes consideraciones[1]:

- Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de la carga de morbilidad en todo el mundo.
- Se prevé que el porcentaje de morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento aumente del 12% (1999) al 15% en el 2020 y que sea mayor en los países en desarrollo, debido a factores relacionados al envejecimiento de la población y rápida urbanización.
- Los problemas de salud mental entrañan costos económicos y sociales claros
- Los trastornos mentales influyen en el curso y el pronóstico de afecciones comórbidas crónicas, tales como el cáncer, la cardiopatía coronaria, la diabetes y el VIH/SIDA.
- Las poblaciones vulnerables (indígenas, pobreza, guerras, enfermos crónicos) están más expuestas a la aparición de problemas de salud mental.

Los problemas y trastornos mentales en la población peruana constituyen problemas de salud pública. En el estudio “La carga de enfermedad en el Perú” del año 2012 realizado por la Dirección General de Epidemiologia, encontró que las enfermedades neuropsiquiatrías ocuparon el primer lugar.

[1] Ministerio de Salud del Perú (2014) Carga de Enfermedad en el Perú - Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

Gráfico 1. Número de años perdidos según categoría de enfermedades y componentes AVP/AVD.PERÚ - 2012



Fuente: Valdez W. Miranda J. Carga de Enfermedad en el Perú, Estimación de años de vida saludables perdidos 2012. Lima: MINSA 2014

Carga de enfermedades neuropsiquiatrías[2] (AVISA):

- Los trastornos neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar de la carga de enfermedad global del país.
- Producen una pérdida de 1´010 594 años.
- Representan el 17.4% del total de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA).
- Del total de trastornos neuropsiquiátricas, el 88.5% de Años Vividos con Discapacidad (AVD) y el 11.5% corresponden a Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP).
- Por género: **tanto en mujeres como en hombres, ocupan el primer lugar de AVISA**.
- Por género, según subcategorías de enfermedades, la depresión unipolar ocupa el primer lugar de AVISA tanto en hombres como en mujeres.

Grupos etarios con mayor carga de AVISA por trastornos neuropsiquiátricas:

Grupo etario	*Lugar de AVISA que ocupa*
5-14 años de edad	2º lugar de AVISA
15-44 años de edad	1er lugar de AVISA

[2] Ministerio de Salud del Perú (2014*) Carga de Enfermedad en el Perú - Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos.* Lima: Ministerio de Salud del Perú.

Data por subcategorías de enfermedades, en el grupo de 15-44 años de edad, población que constituye la PEA:

Lugar de AVISA que ocupa en el grupo etario de 15-44 años (PEA)	*Subcategoría de enfermedades*
1er lugar	**Depresión unipolar**
3er lugar	**Dependencia de alcohol**
4º lugar	**Esquizofrenia**
5º lugar	**Abuso de alcohol**
11º lugar	Adicción a las drogas
12º lugar	Epilepsia
13º lugar	Violencias
15º lugar	Enfermedad CVC cerebrovasculares
19º lugar	Ataques de pánico

Problemas de salud mental en las familias según data del ENDES:

- La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 (ENDES) muestra que, a nivel nacional, en el **70.8%** de mujeres mayores de 15 años ha sido víctima de algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) siendo mayor en la zona urbana (71.3%) que la rural (69.4%).
- Las regiones de Apurímac, Arequipa y Cusco las que presentan mayor porcentaje de casos (85%, 82.6% y 79.4% respectivamente.
- El 7,2% de las mujeres alguna vez unidas revelaron que fueron obligadas por su esposo o compañero a tener relaciones sexuales contra su voluntad; y en los últimos doce meses alcanza al 11,7%
- El 52% de las mujeres alguna vez unida revelaron que alguna vez, su esposo o compañero las agredió físicamente cuando se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor/drogas o ambas.
- El 58.5% de las mujeres entrevistadas declararon haber sido golpeadas por sus padres.
- El 20.1% de las mujeres entrevistadas creen que algunas veces es necesario el castigo físico para educar a los hijos/as.
- El 41.7% de las mujeres entrevistadas manifestaron que su papá golpeó alguna vez a su mamá.
- La incidencia de castigos corporales severos o abuso infantil es del 26.3% en las madres y del 24.1% por parte de los padres siendo la reprimenda verbal la más utilizada con un 73.1% y 72% por el padre y la madre respectivamente.

Problemas de salud mental en las familias con data del INSM "HD-HN"

- La mayor ocurrencia de violencia sistemática (de frecuencia diaria) se da en la ciudad de Lima (21.2%).
- La prevalencia anual de abusos y maltratos por parte de la pareja actual es mayor en Lima (46.9%), Ayacucho (42.7%), Puerto Maldonado (36.7%), Abancay (36.6%) y Puno (35.8%).[3]

[3] Gráfico No 4 en anexos (Prevalencia anual de cualquier abuso o maltrato en general, a la mujer por parte de la pareja actual en Lima (2002), Sierra (2003), Selva (2004), Fronteras (2005), Costa (2006) y Trapecio Andino (2010).

Problemas de salud mental en la infancia

- Los trastornos de salud mental en los niños y niñas se expresan principalmente como quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas de atención y conductas infractoras o agresivas.

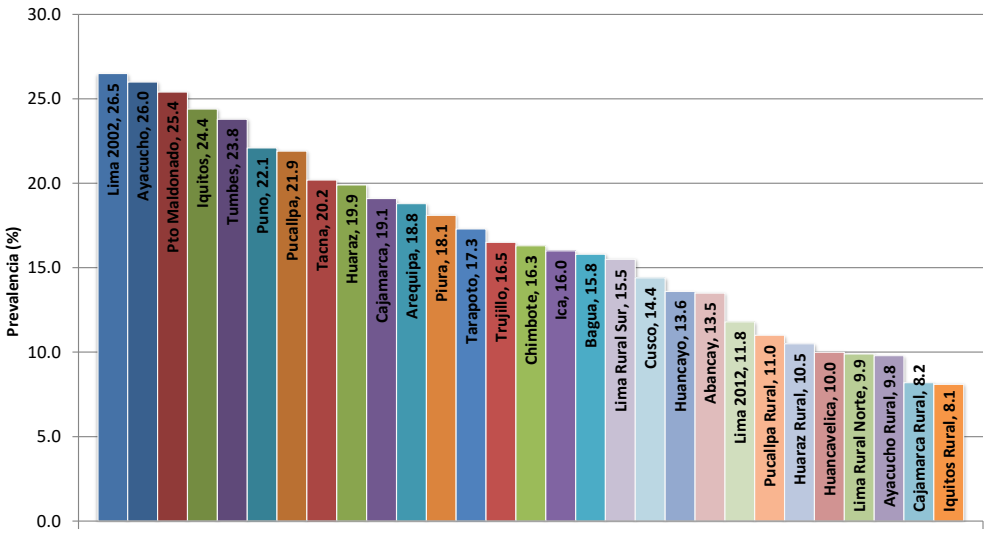
Prevalencia actual de trastornos mentales en niñas y niños de 6 a 10 años de edad[4]:

- Trastornos de la conducta – 9.7%
- Trastorno de déficit de atención e hiperactividad – 9.5%
- Trastorno negativista desafiante – 8.6%
- Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos – 3.5%

Prevalencia de problemas de salud mental en niños y niñas de 1.5 a 10 años Lima y Callao 2007

Fuente: INSM HD-HN Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao 2007.

Prevalencia anual de algún trastorno psiquiátrico según CIE-10 en Lima 2002; Sierra 2003, Selva 2004, Frontera 2005, Costa 2006 y Trapecio Andino (2010)



[4] Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General*. Anales de Salud Mental Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 4. Lima.

INSM: EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR

Prevalencia actual de trastornos mentales en adolescentes en ciudades Lima 2002; Sierra 2003, Selva 2004, Frontera 2005, Costa 2006 y Trapecio Andino (2010)

Trastorno mental	C. Sierra	C. Selva	C. Fronteras	C. T Andino	C. Costa	Lima y Callao
	%	%	%	%	%	%
Episodio depresivo	5.7	4.7	4.2	2.1	4.4	8.6
Ansiedad Generaliza	5.5	5.0	4.0	2	1.9	4.2
Fobia social	2.1	1.2	3.6	3.4	2.3	7.1
Conducta prob. por Abuso del alcohol **	3.0	1.5	2.6	1.7	0.9	2.0
Psicosis*	1.5	0.3	0.3	0.9	0.1	1.8
Anorexia nervosa	0.1	0.1	0.3	0	0.2	0.1
Bulimia nervosa	0.4	0.1	0.2	0	0.2	0.8
Distimia	0.8	0.7	0.5	0.2	0.4	0.1

* Al menos un síntoma psicótico; ** Por lo menos tres conductas problemas por abuso del alcohol en la actualidad

Fuente: INSM- EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; EESMTA-2010.

Problemas de la salud mental en la población adulta

- Los trastornos mentales afectan a más de u tercio de la población en algún momento de su vida y hasta el 23.5% durante un año (prevalencia anual).
- Los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población adulta son:
    - Los trastornos de la ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, por estrés pos-traumático y fobia social).
    - Los trastornos relativos a la depresión (episodio depresivo moderado a severo y distimia).

Tabla 2. Prevalencia de vida y anual de trastornos mentales en población adulta. Ciudades: Lima El abuso o dependencia del alcohol.

Lugar	Trastornos de ansiedad		Trastornos depresivos		Trastorno por abuso y dependencia del alcohol	
	P. de vida (%)	P. Anual (%)	P de vida (%)	P. Anual (%)	P. Anual (%)	Bebedor riesgoso (%)
Lima Metropolitana y Callao	25.3	14.6	19	6.7	5.3	21.8
Ciudades de la Costa	9.3	3.1	14.2	5.8	4.5	16.6
Ciudades de la Sierra	21.1	6.6	17	7.4	10.5	16.5
Ciudades de la Selva	18.3	6.2	21.9	8.6	10.3	16.2
Ciudades de la Frontera	17.5	7.7	17.4	7.0	9.0	13.7
Ciudades del Trapecio Andino	15.0	4.3	15.3	4.2	5.5	11.9

FUENTE: INSM- EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; EESMTA-2010

Causas de mortalidad en la población económicamente activa (PEA) relacionadas a trastornos de salud mental

- Suicidio:
    - 39% de las causas indirectas de las muertes maternas de adolescentes de 15 a 19 años de edad se produce por suicidio (DGE-MINSA:2010)[5]
    - 2499 mujeres jóvenes y adultas intentaron suicidarse en el país, en el año 2010 (Oficina de Estadísticas del MINSA).[6]

- Feminicidio
    - En el 2012, 97 mujeres fueron víctimas de feminicidio (93.8% fue asesinada por su pareja, expareja o familiar, el 6.2% restante murió a manos de un conocido o desconocido).
    - A nivel nacional, Lima es el departamento que registró el mayor número de víctimas (24), seguido de Junín (9), Puno (6), Tacna (6) y Lambayeque (5).
    - Madre de Dios, Tacna, Junín, Ayacucho y Huancavelica registran las mayores tasas de feminicidio por cada 100 mil habitantes mujeres (MP, Observatorio de Criminalidad, 2011).[7]

Asimismo, las investigaciones en economía de la salud muestran que los problemas de salud mental ocupan el primer puesto de la carga económica derivada de las enfermedades crónicas más frecuentes, superando con creces el gasto asociado a las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer o la diabetes. Si se tiene en cuenta, además, que las personas con trastorno mental presentan una probabilidad mayor para desarrollar a su vez este otro tipo de patologías crónicas, el coste verdadero de los trastornos mentales puede ser incluso superior (The Global Economic Burden of Noncommunicate Diseases, 2011) Adicionalmente, hay que considerar que muchos problemas se presentan en la infancia o la adolescencia temprana generando costos adicionales relacionados no sólo con la salud sino también con los sistemas educativos y de justicia lo cual crea muchos riesgos al capital social.

Demanda por problemas de salud mental en establecimientos de salud del MINSA

Las estadísticas de atendidos por problemas de salud mental en los establecimientos de salud del MINSA muestran una tendencia ascendente. Tomando como referencia el año 2012 en incremento global de la demanda en los últimos tres años es del 27.8%. Comparativamente, el aumento es mayor en el grupo de 0 a 11 años y de 60 a más años (Cuadro 1).

Cuadro 1. Demanda por problemas de salud mental en establecimientos del MINSA, según grupos de edad por grupo de edad. Años 2012 – 2014.

Año	TOTAL	Grupos de edad				
		0a - 11a	12a - 17a	18a - 29a	30a - 59a	60a >
2012	546,084	91,422	85,446	124,328	187,946	56,942
2013	687,699	201,996	91,659	127,117	199,358	67,569

[5] Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología. 2010. Mencionado en Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Prevención del embarazo adolescente en el Perú. Grupo de Trabajo para la Prevención del Embarazo Adolescente. Mayo 2012 (mayo 2013) disponible en: http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MCLCP-Embarazo-Adolescente.pdf

[6] Ministerio de Salud. Nota de prensa. MINSA. Portal virtual. Oficina de Estadísticas – Dirección de Salud Mental. Marco 16 del 2011. (mayo 2013) disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=10066

[7] Ministerio Público. El Registro del Feminicidio del Ministerio Público. Lima: MP, Observatorio de de Criminalidad. 2011.

2014	697,645	210,636	91,623	127,514	198,769	69,103
Incremento	**27.8 %**	**130.4%**	**7.2%**	**2.6%**	**5.8%**	**21.4%**

Fuente. Sistema de información HIS - MINSA

En relación con el tipo de trastornos mental, la demanda es más frecuente en el caso de los trastornos neuróticos y trastornos relacionados con el estrés; los trastornos afectivos; los trastornos del desarrollo psicológico; síndrome de maltrato; trastornos emocionales y del comportamiento en la niñez y en la adolescencia. En comparación, con el síndrome del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos, es menor (Cuadro 2).

Cuadro 2. Demanda por problemas de salud mental en los establecimientos de salud MINSA. Años 2012, 2013, y 2014.

TIPO DE TRASTORNO	N° DE ATENDIDOS POR AÑO		
	2012	2013	2014
(F00 - F09) TRASTORNOS MENTES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMATICOS	15,172	16,376	15,958
(F10 - F19) TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	16,372	16,837	15,739
(F20 - F29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTIPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES	23,485	29,846	29,142
(F30 - F39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	134,217	140,783	142,469
(F40 - F48) TRASTORNOS NEUROTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRES Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS	170,904	183,910	184,835
(F50 - F59) SINDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLOGICAS Y FACTORESN FISICOS	6435	7,812	8,360
(F60 - F69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS	21,377	25,600	26,245
(F70 - F79) RETRASO MENTAL	11,733	13,963	14,392
(F80 - F89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	23,062	122,649	118,242
(F90 - F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO APARECEN HABITUAL EN NIÑEZ Y EN A ADOLESCEN	53,529	63,502	66,133
(F99) TRASTORNOS MENTAL NO ESPECIFICADO	291	448	959
(T74) SINDROME DE MALTRATO	69,507	65,973	75,171
TOTAL	546,084	687,699	697,645

BRECHAS DE TRATAMIENTO

Se identifica que, en el Perú, las personas con problemas mentales tienen un acceso limitado a servicios de salud mental en los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud.

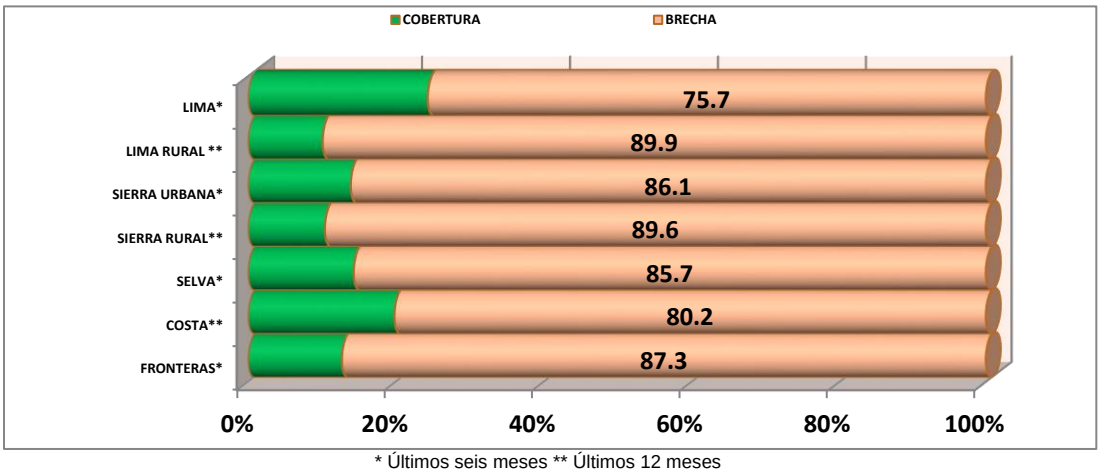
A pesar de los esfuerzos del Estado peruano en ampliar la cobertura de atención en salud mental, es limitado el número de población afectada que accede a servicios especializados para el diagnóstico y tratamiento incluidos los de mayor complejidad como en hospitales nacionales o regionales con servicios especializados, en hospitales psiquiátricos y en el Instituto Nacional de Salud Mental.

Esta situación se expresa en las grandes brechas de tratamiento. Así, utilizando la prevalencia anual de trastornos mentales, (en el caso de Lima la prevalencia de seis meses), en año habría en el país aproximadamente 3, 840,065 personas mayores de 18 años que necesitan atención de salud mental. Aunque no todas estas personas deben ser atendidas por las redes de servicios de las direcciones de salud, estos establecimientos logran una cobertura muy baja. En el año 2012, en este grupo de edad se atendieron 392,693 personas lo que representa sólo el 12.8% de la población que necesita este servicio.

Población total de 18 años a más (año 2012)	*19,104,800*
Prevalencia anual de trastornos mentales	20.1%
Población proyectada con problemas de salud mental	3,840,065
Población a ser atendida en EESS MINSA (80%)	3,072,052
Población de 18 años a más que recibió atención en los EESS MINSA año 2012	392,693
Cobertura	12.8
Brecha	87.2

Igualmente, si usamos el enfoque de morbilidad sentida, es decir, explorando por aquellas personas que han percibido en sí mismas problemas de tipo emocional o de los "nervios", y se encuentran ante la decisión de buscar o no servicios, en el Perú, de cada diez personas de este grupo, ocho o nueve no pueden acceder a atención de salud mental.

Brechas regionales de atención de la demanda sentida expresada de servicios de salud mental en el Perú (%)

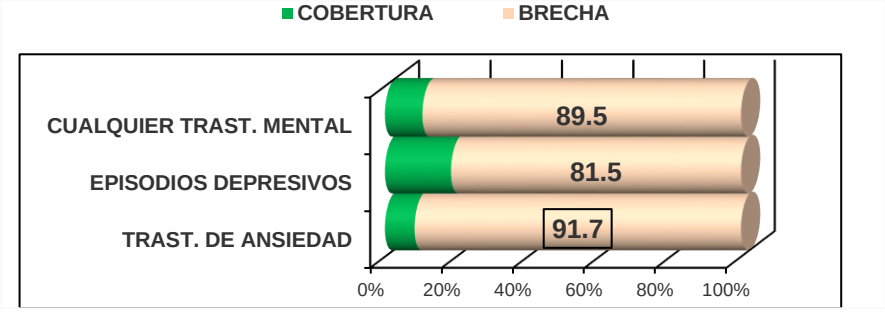


* Últimos seis meses ** Últimos 12 meses

INSM-EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; EESMLR-2007; EESMSR-2008-EESMTA-2010.

Esto ocurre principalmente en los casos de las personas con trastornos de ansiedad que son los más prevalentes en nuestra población

Brechas de atención según prevalencia en los últimos seis meses en Lima Metropolitana y Callao (%)



* Últimos seis meses ** Últimos 12 meses

Fuente: NSM-EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; EESMLR-2007; EESMSR-2008-EESMTA-2010.

La inaccesibilidad a servicios de se explica por diversas razones. Entre las principales se destaca las barreras que impiden a la población acceder a los servicios de salud mental y de otro lado, la insuficiente cobertura de los mismos.

En relación con las primeras, las investigaciones demuestran que los servicios especializados son poco utilizados. Entre los elementos que tienen influencia desfavorable para el acceso en las ciudades peruanas prevalecen la falta de auto-conciencia de padecer problemas de salud mental (sólo entre el 12% y el 17% los reconoce), alrededor del 50% de las personas que sí reconocen y que requiere atención profesional piensan que pueden resolverlo solos. Asimismo, proporciones importantes de la población no tienen confianza en los servicios o en los médicos, su nivel de información en el tema es bajo, no saben dónde ir, o se avergüenzan.

El estigma, es decir, las actitudes y creencias que motivan miedo, rechazo, evitación o negación de las personas afectadas por problemas de salud mental. La exclusión que genera ocurre en el escenario subjetivo personal como la autoexclusión o el rechazo a la atención psiquiátrica, en el institucional relacionado con la respuesta del sistema de servicios de salud y en el comunitario que hace referencia a las actitudes de la población hacia la persona con problemas de salud mental.

Motivos principales de no búsqueda de atención médica de las personas que percibieron problemas de salud mental en la población adulta en el Perú

	Lo debía superar solo (%)	No tenía dinero (%)	Falta de confianza (%)	Duda de manejo por médicos (%)	No sabía dónde ir (%)	No me beneficiaría (%)	Por vergüenza (%)	Inexistía servicio de salud mental cercano	Largas listas de espera (%)
Lima Metropolitana y Callao	59,4	43,4	36,9	30,8	24,3	24,0	19,3	9,6	
C. de la Sierra	50,2	37,2	30,2		27,0	15,2	13,0		
C .de la Selva	48,3	19,9		21,9	32,9	20,8		7,1	
C. de frontera	52,9	34,8	24,1	15,2	22,1	20,2	10,8	7,5	11,8

FUENTE: INSM- EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; EESMTA-2010

Algunos problemas como la violencia familiar, el abuso del alcohol suele verse "normales" en la cultura de algunas comunidades. En cambio, las personas con trastornos psicóticos son consideradas sujeto de marginación de la sociedad siendo preferible su aislamiento en hospitales psiquiátricos. El estigma que rodea a la salud mental es tan fuerte que casi torna invisible las necesidades y demandas de las personas y colectividades

La alta dispersión y el difícil acceso geográfico poblacional especialmente en las zonas rurales, alto-andinas y amazónicas debe considerarse. De igual modo, aunque el acceso a servicios de salud mental es bajo en todos los estratos socioeconómicos, la carencia económica para afrontar los costos de la atención también es un factor significativo considerando que sólo la tercera parte de la población es beneficiaria de la Seguridad Social, otra tercera parte es beneficiaria del Seguro Integral de Salud y finalmente una tercera parte es excluida

Es también necesario resaltar que muchas autoridades Nacionales, Regionales y Locales e incluso, autoridades sectoriales no tienen en agenda prioritaria la salud mental o no cuentan con programas y proyectos viables y sostenibles para su abordaje.

Tabla 3. Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado

Trastornos mentales (INSM HD-HN)	Año 1	Año 2	Año 3
	2002: 23.5% en Lima Metropolitana	2003: 16.2% en Sierra	2004: 15.4% en Selva
Demanda por problemas de salud mental en establecimientos del MINSA (HIS-MINSA)	***2012***: 546,084	***2013***: 687,699	***2014***: 697,645
Prevalencia de trastornos mentales (Encuesta Mundial de Salud Mental)	***2005***: 13.5% de la población peruana		

2.2 IDENTIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN

2.2.1 Población potencial

La población potencial es de aproximadamente de 31, 488,625 (INEI -2016). Se considera que el total requiere la intervención en promoción del bienestar y la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales.

2.2.2 Cuantificación de la población potencial

Valor	Unidad de Medida
31, 488,625	Población

2.2.3 Criterios de focalización

Los criterios de focalización que se han definido para priorizar las acciones del Estado en salud mental son aquellas poblaciones con características epidemiológicas de

cada una de las enfermedades mentales específicas con mayor carga de enfermedad.

Por ejemplo, la violencia de pareja se da con mayor frecuencia en ciudades del sur de la sierra peruana, o en personas menores de 45 años, y el consumo de sustancias se da mayormente en población joven. Estos criterios de focalización son identificados a partir estudios epidemiológicos, especialmente los que son de diseño poblacional, a través de los llamados "factores asociados".

Criterios de focalización	
Criterios de focalización	**Justificación**
Población potencial	Del total de la población peruana, 60% asignado al sector salud, 30% a ESSALUD, 7% a seguros privados y 3% a la sanidad, Según este dato se podrá proyectar la población potencial por ámbito geográfico (60% asignado al sector salud).
Población asignada a Salud	De acuerdo a los Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional De Salud Mental Del Año 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010 y 2011. La prevalencia anual de algún trastorno psiquiátrico según la CIE-10 es de 20.7%, de la población asignada a salud.
Población niña, niño y adolescente en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental.	30% de la población de niñas y niños de 8 a 11 años, y 10% de la población entre 12 a 17 años, sujetas de programación de cada establecimiento de salud o centro de costo.
Población víctimas de violencia política y violación de derechos	Según el informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) hay una necesidad de intervenir en población con secuelas de la violencia política y de violación de los derechos.

INSM: EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EESMSLR 2009; EESMTA-2010 Y 2011.

Fuente OGTI – Ministerio de Salud

2.2.4 Población objetivo

La población objetivo que busca atender este programa es la población que presenta problemas y trastornos de salud mental y que la población de alto riesgo sea adecuadamente atendida, según criterios de focalización señalados.

Región	**Población Potencial**	**Población Asignada**	**Prevalencia de Año**
			20.70%
AMAZONAS	423, 898	254338.8	52647.97
ANCASH	1,154,639	692,783	143406.16
APURIMAC	460,868	276,521	57239.81
AREQUIPA	1,301,298	780,779	161621.21
AYACUCHO	696,152	417,691	86462.08
CAJAMARCA	1,533,783	920,270	190495.85
CALLAO	1,024,439	614,663	127235.32
CUSCO	1,324,371	794,623	164486.88
HUANCAVELICA	498,556	299,134	61920.66
HUANUCO	866,631	519,979	107635.57
ICA	794,919	476,951	98728.94
JUNIN	1,360,506	816,304	168974.85
LA LIBERTAD	1,882,405	1,129,443	233794.70
LAMBAYEQUE	1,270,794	762,476	157832.61

Región	Población Potencial	Población Asignada	Prevalencia de Año
			20.70%
LIMA	9,989,369	5,993,621	1240679.63
LORETO	1,049,364	629,618	130331.01
MADRE DE DIOS	140,508	84,305	17451.09
MOQUEGUA	182,333	109,400	22645.76
PASCO	306,322	183,793	38045.19
PIURA	1,858,617	1,115,170	230840.23
PUNO	1,429,098	857,459	177493.97
SAN MARTIN	851,883	511,130	105803.87
TACNA	346,013	207,608	42974.81
TUMBES	240,590	144,354	29881.28
UCAYALI	501,269	300,761	62257.61
TOTAL	**31,064,727**	**18,893,175**	**3910887.06**

INSM: EEMSM-2002; EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006; ESMLR-2007; EESMSR-2008; EESMSLR 2009; EESMTA-2010 Y 2011

2.2.5 Atributos de la población objetivo

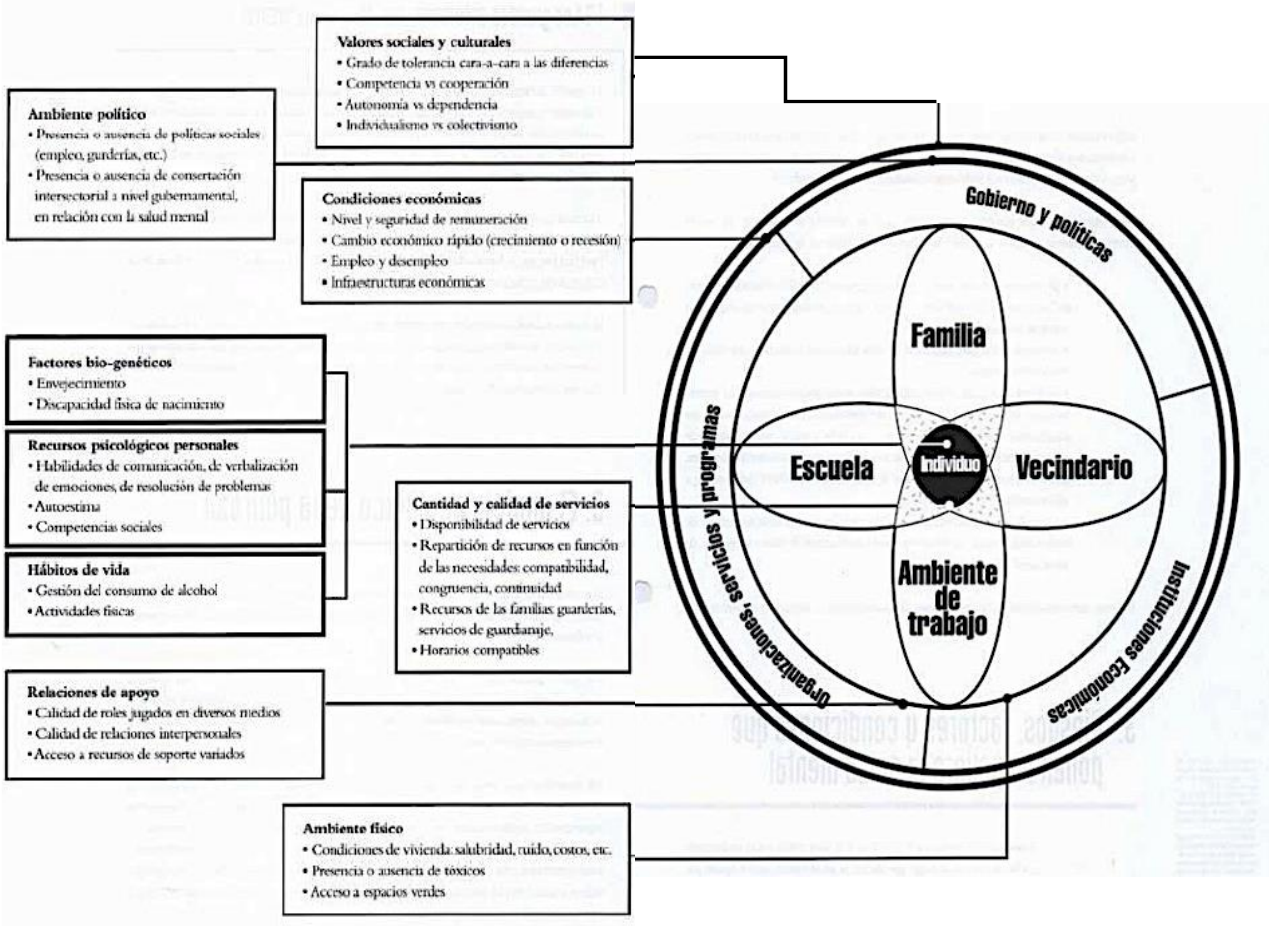
Tabla 4. Atributos de la población objetivo

Atributo Valor	Unidad de medida
Prevalencia anual de algún trastorno psiquiátrico según la CIE-10.	Personas de cualquier edad con al menos un trastorno metal en los últimos 12 meses
Prevalencia de indicadores suicidas	Personas de cualquier edad con al menos un trastorno en los últimos 12 meses
Prevalencia anual del episodio depresivo	Personas de cualquier edad con al menos un trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses
Prevalencia anual de abuso/dependencia al alcohol	Personas de cualquier edad con al menos un trastorno del humor en los últimos 12 meses
Prevalencia de indicadores en trastorno psicótico. último año de trastornos del control de impulsos	Personas de cualquier edad con al menos un trastorno de control de impulsos en los últimos 12 meses
Prevalencia del último año de trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia	Niñas y niños de 3 a 11 años con al menos un trastorno mental y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia en los últimos meses

2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA IDENTIFICADO

MODELO CONCEPTUAL DE LA SALUD MENTAL

En 1990, el Gobierno de Quebec publicó un modelo multicaule de determinantes de la salud mental que reconocen distintos ámbitos como son el familiar, comunitario, provisión de servicios etc. Actualmente, con algunas modificaciones, también se reconoce como modelo ecológico y sirve de base para el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas en salud mental.



MODELO EXPLICATIVO: CARACTERIZACION DEL PROBLEMA Y DE SUS FACTORES CAUSALES

El problema identificado fue: "*Elevado número de personas afectadas por trastornos de salud mental en la población general y de alto riesgo*".

CAUSAS INMEDIATAS O DIRECTAS

Las causas inmediatas de los trastornos de salud mental en la población general y de alto riesgo son aquellos factores causales directos que afectan el estado mental de estas poblaciones (Tabla 2). En el caso de este programa se adaptó el modelo causal canadiense identificando las siguientes causas directas.

a) Contexto familiar de riesgo.
b) Contexto comunitario
c) Limitada identificación y tratamiento efectivos de problemas y trastornos mentales en la población general y de alto riesgo (judicializada y víctima de violencia política).

CAUSAS SUBYACENTES O INDIRECTAS

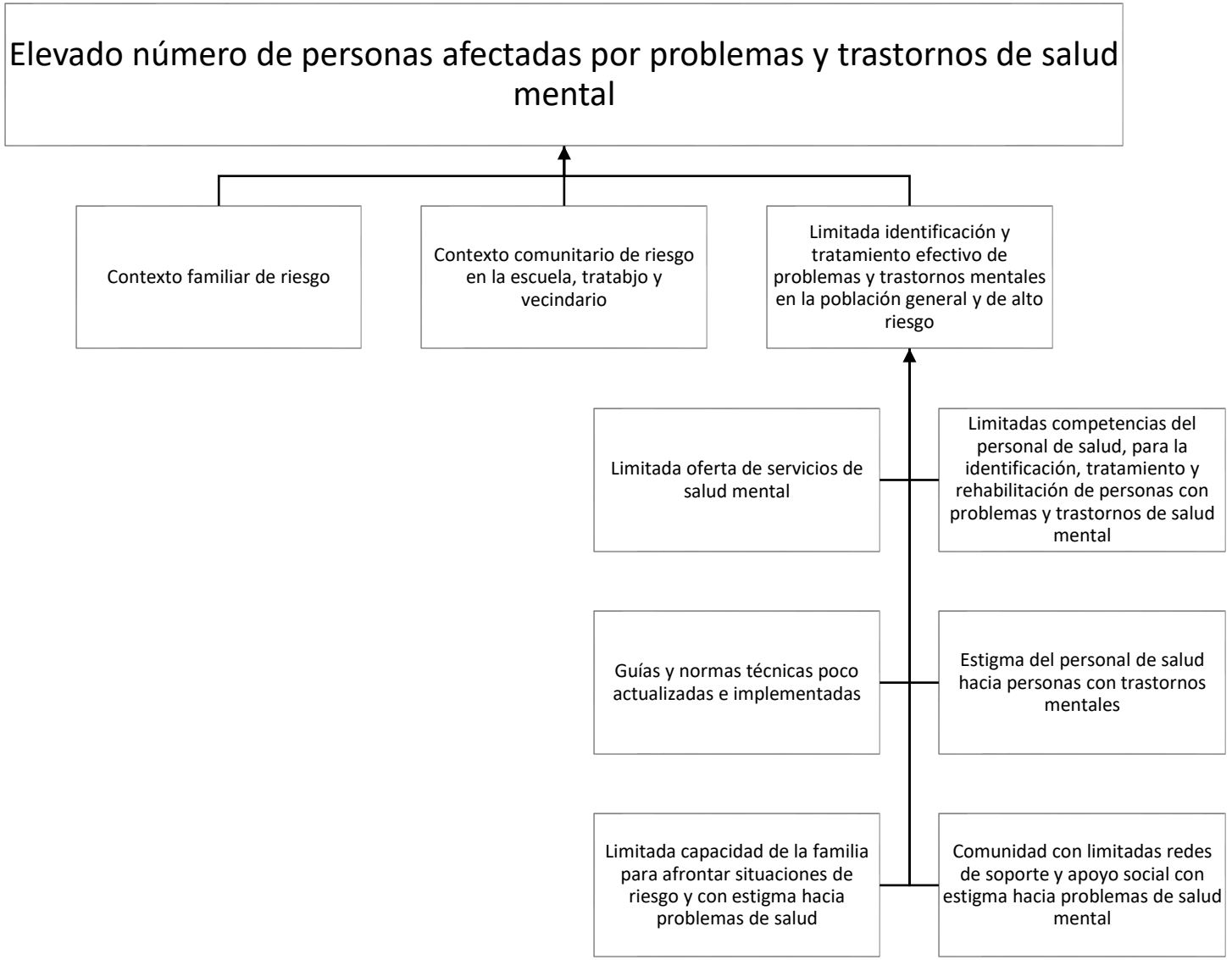
Las causas subyacentes o indirectas de los trastornos de salud mental son aquellas que afectan la limitada identificación y tratamiento efectivo de problemas y trastornos mentales en la población general y de alto riesgo y se enumeran a continuación (Tabla 3).

a) Limitada oferta de servicios de salud mental.
b) Guías y normas técnicas poco actualizadas e implementadas.
c) Limitadas competencias del personal de salud, para la identificación, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos de salud mental.
d) Estigma del personal de salud hacia personas con trastornos de salud mental.
e) Limitada capacidad de la familia para afrontar situaciones de riesgo y con estigma hacia problemas de salud mental
f) Comunidad con limitadas redes de soporte y apoyo social con estigma hacia problemas de salud mental

Basada en la evidencia que sustente las estrategias de intervención desarrolladas actualmente en el Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud y tomando en consideración el modelo ecológico y el de los determinantes sociales, fue posible establecer que el origen de la patología mental no se halla únicamente a nivel individual, sino que múltiples factores influyen en su génesis y en la falta de abordaje diagnóstico y terapéutico.

A nivel causal encontramos que un contexto familiar de riesgo puede darse en situaciones como la violencia psicológica y/o física, aunque esta no es la única situación generadora de riesgo: el consumo de alcohol, las personalidades patológicas en los padres, la pobreza, el abuso infantil y las relaciones familiares disfuncionales también crean vulnerabilidades y/o interactúan con las vulnerabilidades genéticas para desarrollar diferentes tipos de problemas de salud mental y trastornos mentales. Dado que el individuo se desarrolla en un medio más amplio, la escuela, el trabajo y el vecindario también constituyen fuentes de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental. Encontramos que hay ciertos factores en estos niveles (por ejemplo, acoso escolar, pandillaje, estrés laboral, etc.) que influyen en el desarrollo de problemas de salud mental o en la exacerbación de síntomas psicopatológicos. Sin embargo, los sistemas de salud también tienen relación con la elevada prevalencia de problemas de salud mental en la población debido a que recae en ellos la responsabilidad de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. La falta de identificación y de atención de los trastornos contribuye a prolongar la duración de los mismos e intensifica su severidad. Esto influye negativamente en los niveles de adaptación y funcionamiento en distintas áreas y en la calidad de vida. Una de las causas de la falta de identificación y atención es la limitada oferta de servicios de salud mental con capacidad resolutiva adecuada; esto incluye el contar con personal pobremente capacitado en manejar problemas de salud mental o con actitudes negativas hacia este tipo de pacientes (estigma, discriminación) tanto en la atención primaria como en la especializada. También repercute sobre la falta de identificación y atención el no contar con guías y normas técnicas adecuadas y adaptadas a nuestro medio. La aplicación independiente de criterios en el manejo de los problemas de salud mental y trastornos mentales puede generar que la práctica se base en la experiencia y conocimientos personales, lo cual genera una gran variabilidad en las prácticas que muchas veces pueden no generar efectos o generar efectos negativos sobre los pacientes. Otro factor que repercute sobre la identificación adecuada es la limitada competencia del personal de salud no

especializado junto al escaso número de profesionales a nivel nacional y su concentración en la capital, todo lo cual acentúa la brecha de atención (14). El estigma es también un factor limitante en la identificación y atención ya que puede darse en varios niveles de la sociedad, pero más aún cuando se da en el personal de salud, en la familia o cuando el paciente ha interiorizado el estigma hacia su propia condición. Las experiencias negativas con personal de salud que son percibidas como discriminatorias disminuyen sustancialmente la posibilidad de buscar ayuda profesional, sobre todo cuando se les desalienta de tener ciertas expectativas con su vida personal. Si bien los factores mencionados en el modelo que se plantea son numerosos, no son los únicos. La síntesis que se presenta en esta revisión representa los principales, pero se requiere profundizar y conocer cuáles son los factores causales que más repercuten en nuestro medio y en la realidad de nuestro país.



Árbol 1. Árbol de Problemas

CAUSAS DIRECTAS

DESCRIPCION DE LA CAUSA	CONTEXTO FAMILIAR DE RIESGO
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	Situaciones familiares de riesgo incluyen el ejercicio de la violencia en relaciones de poder y autoritarias, prácticas culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias, padres con rasgos de personalidad inadecuados, condiciones socioeconómicas que incrementan el nivel de tensión y estrés, abuso infantil (incluyendo el abuso sexual), relaciones familiares poco afectivas, agresivas, conflictivas o rotas, relaciones familiares negligentes, relaciones familiares sobreprotectoras. Todas estas situaciones crean vulnerabilidades y/o interactúan con las vulnerabilidades genéticas en los descendientes sobre el funcionamiento psicosocial (específicamente en el procesamiento emocional y competencia social), alteran los sistemas biológicos regulatorios sensibles al estrés y conllevan a conductas que afectan salud, como el abuso de sustancias. También, reducen la capacidad del niño de resistir al trauma conllevando a un riesgo acumulativo para trastornos mentales, enfermedades crónicas y mortalidad temprana. Las posibles consecuencias son diversas e incluyen trastornos psiquiátricos, trastornos de la personalidad, estilos de vida de riesgo, conducta autodestructiva o violenta, conducta antisocial, problemas con los pares, dificultades en la capacidad de ser padres, enfermedad física, paternidad temprana y otros. Asimismo, se favorece el desarrollo, mantenimiento, pobre pronóstico e incremento de la prevalencia de los problemas psicosociales y trastornos mentales.
MAGNITUD DE LA CAUSA	La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 (ENDES) muestra que, a nivel nacional, en el 70.8% de mujeres mayores de 15 años ha sido víctima de algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) siendo mayor en la zona urbana (71.3%) que la rural (69.4%). Las regiones de Apurímac, Arequipa y Cusco las que presentan mayor porcentaje de casos (85%, 82.6% y 79.4% respectivamente. El 7,2% de las mujeres alguna vez unidas revelaron que fueron obligadas por su esposo o compañero a tener relaciones sexuales contra su voluntad; y en los últimos doce meses alcanza al 11,7%. El 52% de las mujeres alguna vez unida revelaron que alguna vez, su esposo o compañero las agredió físicamente cuando se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor/drogas o ambas. El 58.5% de las mujeres entrevistadas declararon haber sido golpeadas por sus padres. El 20.1% de las mujeres entrevistadas creen que algunas veces es necesario el castigo físico para educar a los hijos/as. El 41.7% de las mujeres entrevistadas manifestaron que su papá golpeó alguna vez a su mamá. La incidencia de castigos corporales severos o abuso infantil es del 26.3% en las madres y del 24.1% por parte de los padres siendo la reprimenda verbal la más utilizada con un 73.1% y 72% por el padre y la madre respectivamente. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima y Callao (INSM HD-HN, 2007)[i] muestra que el 20.3% de niños entre 1.6 a 6 años y el 18.7% de aquellos entre 6 a 10 presentan problemas de salud mental expresados en quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas de atención y conductas infractoras o agresivas. Además, en ambos grupos de edad, el 11.9% y el 11.5% respectivamente, se encuentran en riesgo de presentar algún problema de salud mental. En la adolescencia se incrementa la frecuencia de la conducta suicida, son más las mujeres quienes lo intentan, pero son los varones quienes más lo consuman. En Lima Metropolitana y en la Sierra el 2.9% de los adolescentes ha intentado suicidarse. En la edad adulta (18 a más años), los trastornos mentales afectan a más de un tercio de la población en algún momento de su vida y hasta el 23.5% durante un año. Las relaciones familiares negligentes y sobreprotectoras son factores de riesgo para depresión y ansiedad en adultos, en quienes el riesgo puede ser de 1.5 a 3 veces mayor. La separación o divorcio de los padres asociada a conflicto previo es un fuerte factor asociado a ansiedad, depresión, conducta antisocial y otros desenlaces en la niñez y adolescencia. El maltrato infantil y negligencia severa fueron factores fuertemente predictivos de depresión posterior y TEPT aun controlando potenciales factores confusores. Las actitudes rechazantes, la falta de disponibilidad emocional, la discordia padre-hijo y el reporte de control no afectuoso incrementaron el riesgo de depresión, ansiedad y **suicidio**,

DESCRIPCION DE LA CAUSA	CONTEXTO FAMILIAR DE RIESGO
	El 14.1 % y 28.6% de sujetos con antecedente familiar de abuso de alcohol u otras drogas desarrollaron problemas de abuso de sustancias en comparación al con 6.6% y 10.8%, respectivamente, en individuos sin el antecedente.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	Niños y adolescentes de familias disfuncionales de alto riesgo, adultos con antecedente de familia de riesgo

DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA	CONTEXTO COMUNITARIO DE RIESGO
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	Existen factores comunitarios y del contexto escolar que incrementan el riesgo de la ocurrencia de problemas y trastornos de salud mental. Estos factores promueven la emergencia de problemas y trastornos de salud mental y pueden ser objeto de intervenciones preventivas. Entre estos se ubican contextos de inseguridad y exposición a distintas formas de violencia (política, pandillaje, violencia escolar, etc.) Estudios etnográficos muestran que las personas que viven en entornos sociales de pobreza y afectados por problemas como la migración, pobres condiciones, distribución desigual de servicios de agua y desagüe, entre otros, afectan la salud mental de los habitantes de la comunidad. Esto conlleva a desesperanza, desmoralización, adicciones, estrés, ira y depresión, a todo lo cual puede asociarse la hostilidad y violencia. El desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables asociados a un entorno sano y seguro, viviendas adecuadas, experiencias educativas positivas, mejores condiciones laborales y una infraestructura política de apoyo contribuye a minimizar el conflicto y violencia, permite la autodeterminación y autocontrol y provee una validación comunitaria, soporte social, modelos positivos y necesidades básicas de alimentación y cobijo. Los factores que mejoran la salud mental a nivel comunitario son las relaciones sociales y el apoyo, el capital social, redes de seguridad social, habilidades sociales y para la vida, mejora en las viviendas, atención en salud y en educación, desarrollo económico, salud, embarazos no complicados, nutrición, ambiente limpio, independencia económica de la mujer, mayores oportunidades de decisión para la mujer (incluyendo la planificación familiar), recursos hídricos adecuados, desarmonía reducida en la comunidad y carga sobre la mujer, entre otros.
MAGNITUD DE LA CAUSA	
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	Los factores comunitarios afectan la salud mental de toda la población

DESCRIPCION DE LA CAUSA	LIMITADA IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO EFECTIVOS DE PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN GENERAL Y DE ALTO RIESGO
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	El porcentaje de la población con problemas y trastornos de salud mental que es diagnosticado correctamente y que recibe algún tratamiento de salud mental en forma oportuna es muy reducido. La falta de identificación y de atención de los trastornos contribuye a prolongar la duración de los mismos e intensifica la severidad; ello repercute en los niveles de adaptación y funcionamiento en distintas áreas y en la calidad de vida. Pueden surgir muchas dificultades y obstáculos en la detección temprana de estos problemas y trastornos por lo cual, los trabajadores de salud, profesores y población general deben ser más sensibles para la identificación temprana y desarrollarse enfoques de prevención, tamizaje e identificación temprana.
MAGNITUD DE LA CAUSA	El nivel de identificación y tratamiento de los problemas y trastornos de salud mental y se ubica en situación similar a los países menos desarrollados.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	Este problema afecta a la población general y de manera más acentuada a poblaciones en riesgo como son la población afectada por violencia política y la población judicializada.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Levitt, J. M., Saka, N., Romanelli, L. H., & Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. Journal of School Psychology, 45(2), 163-191. Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. School Mental Health, 2(4), 166-176.

CAUSAS INDIRECTAS

DESCRIPCION DE LA CAUSA	LIMITADA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	Escasa oferta de servicios de Salud Mental con capacidad resolutiva adecuada en el sistema de salud. Estos servicios deben incluir una red de personas responsables y comprometidas en asistir a una población vulnerable como es la de pacientes con trastornos mentales para que puedan satisfacer sus necesidades y desarrollar sus potenciales sin ser innecesariamente excluidos de la comunidad, así como la posibilidad de evaluar la idoneidad de los servicios de salud mental para personas con trastornos mentales. La limitada oferta de servicios limita la posibilidad de las personas con trastornos de salud mental de recibir atención oportunamente. Existe un número reducido de servicios de salud mental para responder a la demanda de atención. Asimismo, el personal de salud mental especializado y no especializado es insuficiente. El escaso número de profesionales de salud mental es uno de los principales factores limitantes de la atención psiquiátrica.
MAGNITUD DE LA CAUSA	El grupo de daños que causan mayor carga de enfermedad en el país son las enfermedades neuropsiquiátricas y se ha estimado que estas producen 826 253 AVISA y que representan 16% de todos los AVISA y 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. La mayor carga de este grupo de enfermedades se debe a que de naturaleza crónica, con mayor duración y producen mayor discapacidad. Dentro de los primeros 50 diagnósticos, el grupo con más carga de enfermedad son las enfermedades psiquiátricas (12% del total de AVISA): abuso de alcohol y dependencia, depresión, esquizofrenia, adicción a drogas, ataques de pánico y trastorno de estrés postraumático. Asimismo, los trastornos mentales son más prevalentes en personas de bajos recursos y en aquellas afectadas por la violencia política acontecida durante los ochenta y noventa: en el año 2002 en Lima el 34,2% de la población que no cubría sus necesidades básicas de alimentación, presentó algún trastorno psiquiátrico y el 17,5% tenía depresión; en el año 2003 se encontró en la región de Ayacucho un 56% de prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico y un 24,5% de trastornos depresivos para la población que había sufrido la desaparición o fallecimiento de un familiar a causa de la violencia política. Pese a estas cifras, existe una importante brecha entre la oferta y la demanda de servicios de Salud Mental y en distintas regiones del país, entre un 75 a 85% de la población que manifestó la necesidad de atención en salud mental no recibió ningún tipo de atención. En el 2006, del total de establecimientos de salud del país, solo 729 (9%) registraron atenciones ambulatorias en salud mental. Existen 21 hospitales generales (unidades con servicios de psiquiatría de base comunitaria) que ofrecen servicios de hospitalización en psiquiatría. De este total, 10 pertenecen al MINSA y 6 a EsSalud. Estos hospitales se encuentran únicamente en Arequipa, Ica, La Libertad, Trujillo, Junín, Tacna y Puno. Se puede decir entonces, que en el 52% de las regiones aun no es posible hacerlo. Los establecimientos ambulatorios que no tienen internamiento prácticamente no cuentan con psiquiatras y son otros médicos, e inclusive enfermeros en el primer nivel de atención, quienes atienden a los pacientes y muchas veces realizan la derivación correspondiente. Asimismo, en el Perú se tuvo una oferta total de 6074 médicos especialistas en el Ministerio de Salud para el año 2010, de los cuales solo 202 (5,4 %) fueron psiquiatras. De este grupo, 172 especialistas (85,1%) se localizaban el Lima.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	Planificación de recursos materiales y humanos del sector que no responde a la carga de enfermedad en el Perú. El problema afecta a toda la población.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Turner, J. C., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform. *Schizophrenia Bulletin*,*4*(3), 319-349. Zevallos, L., Pastor, R., & Moscoso, B. (2011). Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *28*(2), 177-185. Ministerio de Salud. Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008. Lima: Ministerio de Salud-OPS-OMS; 2009. Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. The lancet, 370(9590), 878-889.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	GUÍAS Y NORMAS TECNICAS POCO ACTUALIZADAS E IMPLEMENTADAS
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	Guías y normas técnicas desactualizadas y poco implementadas en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención lo cual deviene en una aplicación en forma independiente de los criterios y experiencia personal de los profesionales y en la existencia de una gran variabilidad de criterios diagnósticos y de tratamiento. Además, estas prácticas podrían no ser beneficiosas y/o hasta riesgosas para los usuarios y permitir un uso no racional de los recursos en las instituciones del Sector Salud. Las guías de práctica clínica, son herramientas auxiliares de la atención médica, cuando son adecuadamente concebidas, elaboradas y utilizadas, pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención que se brinda. Para tener éxito, estas guías deben basarse en evidencia científica válida, ser atractivas para usuarios potenciales y presentar medios prácticos de aplicación. En el Perú según el informe de salud mental de la OMS del año 2008 se estima que 3 de cada 10 establecimientos de atención primaria que cuentan con un médico tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para los problemas y trastornos de salud mental, en tanto que 2 de cada 10 centros de atención primaria de salud que no cuentan con un médico tienen estos protocolos, es decir que más del 50% de los establecimientos del primer nivel con o sin médico no cuentan con guías para la atención en salud mental. A nivel central, el MINSA cuenta únicamente con guías de práctica clínica para la depresión, conducta suicida, psicosis (en el primer y segundo nivel de atención), de intervención de salud mental en situaciones de emergencias y desastres y de intervención en salud mental comunitaria. Por ello, es necesario estandarizar la elaboración de Guías de Práctica Clínica según los criterios aceptados internacionalmente que respondan a las prioridades de la salud mental. De otra parte, se ha encontrado que de 59 guías de práctica que cumplieron criterios de rigurosidad científica, 55 detectaron mejoras significativas en el proceso de atención posterior a la introducción.
MAGNITUD DE LA CAUSA	Según la página oficial del Ministerio de Salud, solo se cuenta con 5 guías clínicas que datan del año 2006 y 2008: dos de las cuales se encuentran en actualización.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	La falta de guías clínicas afecta la identificación y tratamiento de la salud mental de la población general y poblaciones en riesgo.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Página web: http://www.minsa.gob.pe/serumsBVS/SupportFiles/guias.htm Conroy, M., & Shannon, W. (1995). Clinical guidelines: their implementation in general practice. Br J Gen Pract, 45(396), 371-375. Grimshaw, J. M., & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. The Lancet, 342(8883), 1317-1322.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	LIMITADAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD, PARA LA IDENTIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	Existe un insuficiente número de psiquiatras y psicólogos y este se halla concentrado en Lima, además, la formación de éstos no es adecuada para servicios comunitarios de salud mental. Las universidades desarrollan competencias para el trabajo más en el ámbito hospitalario que en el de servicios de salud mental de base comunitaria. Por otro lado, enfermeras, asistentas sociales y terapeutas ocupacionales carecen de formación en el área de salud mental en el modelo de atención comunitaria. Los médicos generales y de otras especialidades carecen de competencias para identificar los problemas de salud mental que se presentan con otras condiciones médicas. A pesar de los avances en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales, todavía existe desinformación sobre las características de los problemas de salud mental por parte del personal de salud, lo que dificulta su detección y tratamiento oportunos. La falta de competencias limita la identificación oportuna de los problemas y cuando estos son identificados, que exista un adecuado diagnóstico y una planificación, implementación y seguimiento del tratamiento y de la rehabilitación del paciente. Por ejemplo, un estudio encontró que 3 de 4 víctimas de suicidio contactaron con profesionales en el primer nivel de atención dentro del primer año del suicido y aproximadamente un tercio tuvo contacto con servicios de salud mental. La falta de capacitación adecuada se asocia a una negligencia sistemática y prolongada de los recursos necesarios para la salud mental en países de bajos y medianos ingresos. Otro estudio encontró que el conocimiento sobre signos y síntomas de trastornos mentales

DESCRIPCION DE LA CAUSA	LIMITADAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD, PARA LA IDENTIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL
	comunes era superficial entre los médicos de la atención primaria quienes difícilmente pudieron nombrar tres síntomas y signos de depresión y psicosis, pero sí deseaban una mayor capacitación y soporte que les permita proveer un mejor servicio en salud mental. Es necesario tomar como iniciativas el incrementar la capacidad mediante la creación de centros regionales de investigación, educación, entrenamiento y práctica en salud mental que incorporen las necesidades locales, desarrollar modelos sostenidos de entrenamiento e incrementar el número de profesionales generales y especialistas para brindar servicios basados en la evidencia y fortalecer el componente de entrenamiento en salud mental en el personal de salud en general. Asimismo, la exposición a un paquete educativo para depresión u otros trastornos puede asociarse a una mejora en el reconocimiento por parte de los médicos generales.
MAGNITUD DE LA CAUSA	En el Perú existen 12.4 trabajadores de salud mental por 100,000 habitantes entre psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Existen 5.06 psicólogos y 0.76 psiquiatras por 100000 habitantes.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	La limitada competencia del personal de salud afecta a toda la población. Existe evidencia de programas de capacitación y de formación de profesionales y personal de salud que han incrementado la magnitud y calidad de la atención de salud mental.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. American Journal of Psychiatry, 159(6), 909-916. Mental Health Atlas 2014, country profiles. Hannaford, P. C., Thompson, C., & Simpson, M. (1996). Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners. Br J Gen Pract, 46(407), 333-337. Cowan, J., Raja, S., Naik, A., & Armstrong, G. (2012). Knowledge and attitudes of doctors regarding the provision of mental health care in Doddaballapur Taluk, Bangalore Rural district, Karnataka. International journal of mental health systems, 6(1), 1.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	ESTIGMA DEL PERSONAL DE SALUD HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	El estigma puede darse en cualquier nivel de la población –comunitario, laboral, escolar y también en establecimientos de salud. El estigma indirecto es la forma más frecuente y corresponde a afirmaciones negativas y representaciones en los medios acerca de los trastornos mentales que no están dirigidas a un individuo o grupo en particular y no necesariamente expresan opiniones sobre personas con trastornos psiquiátricos. Existe un alto nivel de estigma en personal de salud (incluyendo el de salud mental) que limita y/o retrasa el acceso a los servicios de atención. Las experiencias negativas con profesionales de la salud mental percibidas como discriminatorias y, la discriminación experimentada por parte de otras personas y relacionada a tener un trastorno mental pueden impedir a los individuos de buscar tratamiento. Las experiencias más comúnmente reportadas de estigma implican el atestiguar comentarios o representaciones de los trastornos mentales. Las personas que experimentan estigma por parte del personal de salud reportan que son usualmente tratados como menos competentes y son desalentados de tener altas expectativas, también, suelen escuchar afirmaciones despectivas por parte de los profesionales de salud mental. El estigma, es decir, las actitudes y creencias que motivan miedo, rechazo, evitación o negación de las personas afectadas por problemas de salud mental. La exclusión que genera ocurre en el escenario subjetivo personal como la autoexclusión o el rechazo a la atención psiquiátrica, en el institucional relacionado con la respuesta del sistema de servicios de salud y en el comunitario que hace referencia a las actitudes de la población hacia la persona con problemas de salud mental. El personal de salud mental es percibido por los familiares como personas podrían contribuir al estigma en general y que no brindan la ayuda necesaria para manejarlo. Entre los elementos que tienen influencia desfavorable para el acceso en las ciudades peruanas prevalecen la falta de auto-conciencia de padecer problemas de salud mental (sólo entre el 12% y el 17% los reconoce), alrededor del 50% de las personas

DESCRIPCION DE LA CAUSA	**ESTIGMA DEL PERSONAL DE SALUD HACIA PERSONAS CON TRASTORNOS DE SALUD MENTAL**
	que sí reconocen y que requiere atención profesional piensan que pueden resolverlo solos. Asimismo, proporciones importantes de la población no tienen confianza en los servicios o en los médicos, su nivel de información en el tema es bajo, no saben dónde ir, o se avergüenzan.
MAGNITUD DE LA CAUSA	El estigma en el personal de salud, individuos, familias y comunidades es uno de los componentes básicos por los que las personas afectadas no buscan tratamiento, y por la que en los servicios el personal de salud no identifica los trastornos. De una encuesta realizada a 1301 personas usuarias de servicios de salud mental, cerca del 80% indicó que habían escuchado comentarios hirientes u ofensivos sobre los trastornos mentales y la mitad de ellos refirió escucharlos con mucha frecuencia. El 77% reportó haber encontrado representaciones hirientes u ofensivas en los medios al menos algunas veces y casi la mitad (47%) indició que esto ocurre con mucha frecuencia. De 100 entrevistados, la primera fuente de estigma fue la comunidad general, pero 28 participantes mencionaron a los trabajadores de salud mental como fuente de estigma. Asimismo, se ha encontrado que el estigma está presente en psiquiatras: de una muestra de 1414 psiquiatras de Brasil, 606 correspondieron al perfil de "elevado estigma" y demostraron estereotipar negativamente a los individuos con esquizofrenia, estar de acuerdo con las restricciones y puntuar más alto en las dimensiones de prejuicio y distancia social. De otro lado, más del 50% de personas con trastorno bipolar en un estudio reportaron creer que una persona promedio siente miedo de aquellos con trastornos mentales, que el estigma asociado a su trastorno mental ha afectado su calidad de vida y que su autoestima se ha perjudicado por el estigma. Otro estudio encontró que las actitudes estigmatizantes en profesionales de salud son comprables en frecuencia a las de la población general y que, entre profesionales de salud, el sexo femenino, la edad y el ser un practicante general, se asociaron a mayores puntuaciones en las escalas de estigma. Los profesionales de salud mental tuvieron en este estudio puntuaciones menores en de estigma en comparación a los médicos generales y comunidad en general.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	El estigma hacia las personas con problemas de salud mental se da hacia todos los grupos etarios y es mayor hacia las personas con trastornos por consumo de sustancias.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. American journal of public health, 103(5), 777-780. Mileva, V. R., Vázquez, G. H., & Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. Neuropsychiatr Dis Treat, 9, 31-40. Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2013). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia bulletin, 25(3), 467.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	**LIMITADA CAPACIDAD DE LA FAMILIA PARA AFRONTAR SITUACIONES DE RIESGO Y CON ESTIGMA HACIA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	El estigma en familiares puede verse desde dos perspectivas: estigma experimentado por los familiares y estigma experimentado por el paciente hacia sus familiares. En el primer caso, el estigma puede darse cuando los padres sean culpados por causar el trastorno mental de sus hijos, los hermanos o esposas culpadas de que sus familiares con trastornos mentales se adhieran al tratamiento y los niños sienten miedo de contaminarse con la enfermedad de su padre o madre. Las familias de pacientes con abuso o dependencia de sustancias son vistas significativamente de forma más estigmatizante: son más culpados por la aparición del trastorno, más responsabilizados por las recaídas, más vistos como familiares incompetentes y más avergonzados por

DESCRIPCION DE LA CAUSA	**LIMITADA CAPACIDAD DE LA FAMILIA PARA AFRONTAR SITUACIONES DE RIESGO Y CON ESTIGMA HACIA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**
	un miembro familiar afectado. Los padres y esposas son vistos como los más responsables de la aparición del trastorno que los hijos o hermanos. Uno de los efectos sobre la familia más frecuentemente reportados es la menor autoestima y el daño de las relaciones familiares. En el segundo caso, los familiares son percibidos como una fuente de estigma y los pacientes pueden experimentar distintos grados y formas de rechazo; inclusive algunos pacientes reportan que son ignorados y que existe poco interés por parte de sus familiares acerca de la condición que les afecta. La comunicación a las diferentes personas del entorno acerca de la ocurrencia de un trastorno mental en un miembro de la familia es algo que puede conllevar una serie de consecuencias incómodas e inciertas para el comunicador. Todo ello requerirá ajustes dentro de la familia. Generalmente, las familias son implicadas en el origen de los trastornos ya sea por sí mismas, la sociedad y los profesionales de salud mental. Las familias sienten que ayudan al proveer a los pacientes de una visión más realista de su situación y de desalentar a los pacientes de aquellos retos que pueden resultar estresantes o devenir en riesgo de recaída, sin embargo, los pacientes pueden experimentar este consejo de forma diferente y negativa. Las familias encuentran de mucha ayuda para lidiar con el trastorno mental la interacción con otras familias con miembros afectados, el apoyo dentro de la familia y los hallazgos de investigaciones que establecen una base biológica para los trastornos mentales. Las intervenciones potencialmente beneficiosas ayudan a las familias reconocer y aceptar sus preocupaciones relacionadas al estigma y ayudarlas a lidiar con el rechazo de los demás; estas intervenciones pueden reducir la carga en las relaciones familiares y en el miembro afectado lo que contribuye a mejorar la adaptación a largo plazo del paciente en la comunidad y reducir el riesgo de recaída. No obstante, hay que tener consideración sobre aquellos pacientes que no viven con sus familias porque el deseo de ocultamiento pueda haber motivado a las familias a excluirlos del contacto y apoyo social.
MAGNITUD DE LA CAUSA	De 100 entrevistados (pacientes con trastorno mental), 39 señalaron a la familia como la fuente principal de estigma. Cerca de la mitad de familiares (padres y cónyuges) de pacientes recientemente hospitalizados reportaron algún grado de ocultamiento acerca de la hospitalización, lo cual sugiere que los familiares evitan mencionarlo para no recibir reacciones negativas. En un estudio que evaluó las experiencias subjetivas de carga en 164 hermanos de personas con trastornos mentales graves, se encontró que la experiencia de carga en el hermano se relacionó de forma consistente a la sintomatología en el hermano afectado. Además, aquellos que veían la conducta del hermano como fuera de su control experimentaron una menor sensación de carga en comparación a aquellos hermanos que consideraron la conducta como dentro del control del hermano afectado. De otro lado, los familiares a cargo de pacientes con trastornos mentales experimentaron una menor carga cuando contaron con redes de apoyo social circunscritas, percibidas como de apoyo. Los pacientes con un sistema de apoyo fueron percibidos en menor proporción como una carga para sus familias en comparación a aquellos sin un sistema de apoyo.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	El estigma relacionado a las familias (hacia la familia y por parte de la familia) puede darse en pacientes de cualquier edad, sexo y trastorno mental.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. Journal of Mental Health, 13(6), 537-548. Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia bulletin, 25(3), 467. Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social science & medicine, 56(2), 299-312. Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. Schizophrenia Bulletin, 24(1), 115-126.

DESCRIPCION DE LA CAUSA	**COMUNIDAD CON LIMITADAS REDES DE SOPORTE Y APOYO SOCIAL CON ESTIGMA HACIA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**
DESCRIBA LA VINCULACIÓN ENTRE LA CAUSA Y EL PROBLEMA	El estigma puede manifestarse hacia uno mismo mediante la internalización de estereotipos acerca de los trastornos mentales y conllevar a una disminución del auto-estima y auto-eficacia. Esta última es un constructo cognitivo que representa la confianza de una persona para actuar de manera exitosa en diferentes situaciones. Una auto-eficacia disminuida se ha asociado a una imposibilidad de alcanzar oportunidades de trabajo o vivienda que las personas con trastornos mentales podrían alcanzar. Las personas etiquetadas con un trastorno mental que viven en una cultura con estereotipos prevalentes sobre trastornos mentales pueden anticipar e internalizar actitudes que reflejan devaluación y discriminación. La devaluación se da cuando la persona es consciente de que el público no acepta a las personas con trastornos mentales. La auto- devaluación implica que primero, la persona es consciente de los estereotipos que describen a un grupo estigmatizado, estar de acuerdo con dichos estereotipos y aplicarlos a uno mismo. La desmoralización que resulta del auto-estigma genera una disminución en la autoestima lo que repercute sobre diferentes aspectos del alcance de metas, incluyendo la disminución de síntomas y la calidad de vida. Las personas que aplican el estigma hacia sí mismos pueden sentirse con poco valor o incapaces de sobrellevar las exigencias de algunos objetivos de vida. La falta de confianza puede reflejar dudas surgidas al aceptar estereotipos específicos y definirse a sí mismo en términos de estos estereotipos lo que genera que el individuo crea que no podrá manejar exitosamente las demandas del trabajo. El auto-estigma y la autoestima también se han asociado a conductas de búsqueda de atención.
MAGNITUD DE LA CAUSA	De 82 usuarios de servicios de salud mental del departamento estadounidense de asuntos de veteranos, una considerable porción de la muestra reportó haber experimentado elevados niveles de estigma internalizado en una escala de 29 ítems; cerca de un tercio (28%) reportaron aislamiento, pero menos pacientes (15%) tendieron a respaldar los estereotipos sobre trastornos mentales. El 48% de pacientes reportaron creer que los demás los discriminaban de manera rutinaria y el 40% reportó retraimiento social. Solo el 29% mostró elevados niveles de resistencia al estigma. Además, el nivel de depresión y autoestima se correlacionaron significativamente al estigma internalizado. El aislamiento a nivel basal predijo significativamente un empeoramiento de los síntomas depresivos en el seguimiento (beta 0.26, N=45, p.05). La puntuación total de estigma internalizado predijo significativamente los síntomas depresivos (beta=.24, p.05). Aquellos con elevados niveles de aislamiento tuvieron mayores probabilidades de reportar síntomas depresivos en el seguimiento, ajustando el efecto de los síntomas depresivos a nivel basal (OR 36.4, 95% [IC] 3.0-441.8). Puntajes elevados de aislamiento también predijeron una baja autoestima (OR=5.6, 95% IC=1.1- 29.3). El estigma internalizado se ha relacionado de manera notable y consistente a una serie de variables psicosociales, incluyendo la esperanza, autoestima y empoderamiento, y también, a variables clínicas: una mayor severidad de síntomas psiquiátricos y una menor adherencia al tratamiento.
ATRIBUTOS DE LA CAUSA	El autoestigma o estigma internalizado puede afectar a pacientes con trastornos de salud mental de cualquier edad y sexo, independientemente del tipo de trastorno.
EVIDENCIA QUE JUSTIFIQUE LA INTERVENCIÓN	Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry research, 129(3), 257-265. Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. Journal of social and clinical psychology, 25(8), 875-884. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social science & medicine, 71(12), 2150-2161.

3 DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 RESULTADO ESPECÍFICO

Población en general y de alto riesgo atendida por problemas y trastornos de salud mental.

Problema identificado	Resultado específico
Problemas y trastornos de salud mental en la población general y de alto riesgo	Población en general y de alto riesgo atendida por problemas y trastornos de salud mental
¿A quiénes beneficiará? (Población objetivo)	Población general y de alto riesgo con problemas de salud mental

3.2 ANÁLISIS DE LOS MEDIOS

Las intervenciones de salud mental específicas son intervenciones o programas que se dirigen a los determinantes de la salud mental. Es decir, son acciones que tienen un impacto directo en la prevención y tratamiento de la salud mental.

En relación a las intervenciones, la numerosa variedad de modalidades terapéuticas, sobre todo de intervenciones psicosociales, conlleva necesariamente a determinar, en base a la evidencia, cuáles son las más efectivas y viables en nuestro medio.

En tal sentido, entre las intervenciones a nivel familiar dirigidas a afianzar la salud mental al interior de la familia, el entrenamiento de las habilidades parentales con enfoque grupal fue la modalidad de mayor efectividad y viabilidad frente a la terapia familiar y multisistémica (15). Consideramos que este tipo de intervención, al tener un número determinado de sesiones, desarrollarse de forma grupal y ser de naturaleza preventiva, tiene un mayor impacto. La presencia de varias familias podría tener también un efecto positivo al funcionar como “co-terapeutas” y brindar soporte a otros miembros del grupo.

Intervenciones en el Contexto Escolar: En este contexto, las intervenciones multidisciplinarias y de múltiples componentes que cuentan con la participación de padres y se desarrollan en base a criterios de calidad fueron las más beneficiosas (16,17) frente a otras intervenciones como aquellas dirigidas únicamente a reducir el consumo de alcohol y drogas o a mejorar las habilidades sociales. Esta diferencia puede deberse a que las primeras son más abarcadoras e integrales y sus objetivos son múltiples, también porque utilizan distintos medios para alcanzar sus objetivos e incluyen no solo a los estudiantes sino a toda la comunidad educativa. El contexto vecinal también es un potencial objetivo de intervenciones y encontramos que la conformación de redes de apoyo de adultos responsables relacionados o no con el cuidado de los niños es la opción más beneficiosa (18). Los adultos que conforman estas redes funcionarían como soporte y supervisión del desarrollo de los niños y adolescentes, promoviendo la resiliencia y mejorando la productividad. Si bien es una opción viable, es necesario desarrollar los medios adecuados que garanticen la idoneidad de estos adultos. Los entornos laborales también pueden ser un blanco de intervenciones para mejorar diferentes desenlaces de salud mental al ser el principal

lugar de productividad de los adultos. Así, las intervenciones de nivel organizacional con prevención primaria o prevención primaria y secundaria/terciaria son las más efectivas debido a que inciden en toda la población laboral y en varios niveles de la organización laboral. Se aborda la prevención de problemas a nivel general pero también a nivel individual, se proveen habilidades, conocimientos y recursos a para responder ante los estresores y se rehabilita a los trabajadores con síntomas de estrés o enfermedad (20). Todo ello permite que el trabajador pueda manejar los problemas o el estrés que lo agobia en determinado periodo sin que este se incremente y termine produciendo una disminución del rendimiento laboral o el retiro.

Intervenciones de Detección de Problemas de Salud Mental: Otro de los aspectos que se consideraron dentro del modelo de intervenciones fue la detección y tratamiento en servicios de salud mental adecuados y de calidad para la población general y de alto riesgo. Debido a que esta actividad es compleja y depende de varios factores, la evidencia fue organizada en varios acápites de interés. El primero de ellos fue el tamizaje. Consideramos que debido a la prevalencia y carga de enfermedad que estos trastornos significan, la depresión y los problemas de consumo de alcohol son prioritarios en su detección (5). Las medidas más efectivas de tamizaje comprenden aquellas que se dan en la atención primaria, pero que se articulan con la atención especializada para el manejo (20, 21). Tal es así que la detección de estos problemas en intensidad moderada a severa debe garantizar opciones de referencia oportuna para su manejo. El tamizaje rutinario de problemas de salud mental en la atención primaria de forma aislada es una acción posible, pero de menor beneficio pues podría generar una necesidad no satisfecha de tratamiento cuando no se cuenta con los recursos humanos y/o infraestructura adecuada.

Atención Primaria de la Salud Mental: El segundo acápite corresponde a la atención primaria. En ella, la atención propiamente dicha y las actividades comunitarias con personal de salud no especializado que ofrece actividades de manejo farmacológico y psicoterapéutico resultan beneficiosas cuando se cuenta con acompañamiento o posibilidad de consulta a personal especializado (22). Esto garantiza que determinados pacientes cuyos casos son de mayor complejidad, puedan ser atendidos de forma adecuada. Es necesario complementar esta acción con un sistema de referencias que permita detectar y trasladar los casos complejos y de difícil manejo o los pacientes que atraviesan periodos de crisis y complejizan su situación.

Tratamiento de trastornos mentales: En tercer lugar y con respecto al manejo de los trastornos más frecuentes, encontramos que el manejo de la depresión debe realizarse según nivel de severidad con intervenciones psicológicas -de preferencia cognitivo conductual- cuando es leve a moderada e intervenciones farmacológicas y psicológicas, de preferencia en colaboración con personal especializado cuando es moderada a severa. El tratamiento farmacológico más efectivo y seguro consiste en inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, entre otras opciones farmacológicas (23, 24). El manejo de la ansiedad requiere, para ser efectivo, de un tratamiento multimodal e individualizado que implique psicoterapia, medicación o ambos de acuerdo a la severidad (25). En relación a los problemas de consumo de alcohol, una medida importante y efectiva son las intervenciones breves para reducir su consumo en el contexto de la atención primaria (26, 27). La efectividad de estas medidas puede estar en relación a que estos pacientes suelen buscar ayuda especializada después de muchos años ya que el proceso de reconocimiento del

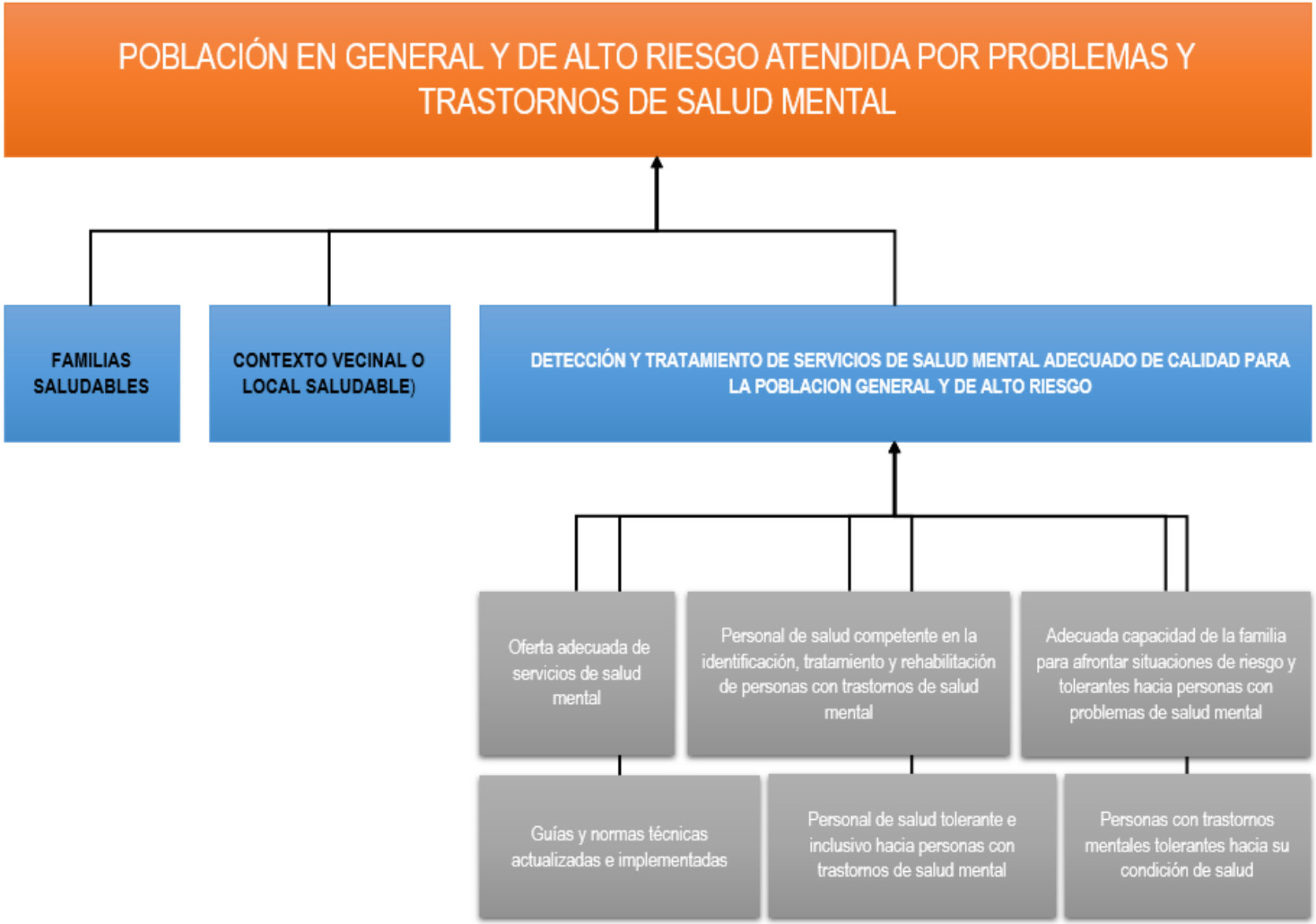
problema y búsqueda de tratamiento es muy prolongado (28). En tal sentido, contar con la oportunidad de detectarlos tempranamente en la atención primaria brinda más opciones de manejo y mayores probabilidades de disminuir el consumo a los seis meses (29). Finalmente, el manejo de los trastornos psicóticos incluyendo la esquizofrenia, es más efectivo cuando se realiza mediante programas integrales que asocian medicación e intervenciones psicosociales con enfoque colaborativo y psico-educación.

Atención de Víctimas de Violencia Política: Una de las preocupaciones actuales es aquella que concierne la atención de la salud mental en poblaciones vulnerables como aquellas víctimas de violencia política. En el caso estas poblaciones, durante el 2005 el equipo itinerante del Instituto Nacional de Salud Mental atendió a 1560 personas procedentes de zonas afectadas por el conflicto armado en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica y encontraron que los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad. El 41% de esta población que recibió atención tuvo antecedentes explícitos de violencia política (30). Es posible ver, hasta en el presente, que el impacto de estos hechos se sigue evidenciando, no solo en la generación que sufrió el conflicto armado, sino también en las generaciones siguientes. Así, tanto los afectados directamente como sus descendientes, se beneficiarían de recibir intervenciones psicosociales individuales o grupales para reducir los síntomas de trastornos depresivos y ansiosos que pudieran haberse originado como consecuencia de haber experimentado tales sucesos (31).

Rehabilitación de la Salud Mental: La rehabilitación es un componente importante de la salud mental en casos en que un trastorno mental ha originado gran disfuncionalidad durante su periodo crítico. El objetivo de la rehabilitación en estos casos es ayudar a las personas con discapacidad de largo plazo de causa psiquiátrica a incrementar su funcionamiento de manera que sean exitosas, estén satisfechas en su entorno y requieran una menor intervención profesional (32). En tal sentido, las intervenciones dirigidas a promover la inclusión laboral son beneficiosas, pero más aún cuando se provee de empleo con apoyo para personas con trastornos mentales (33). Este apoyo consiste en la provisión de supervisión y apoyo continuo, así como de entrenamiento del personal mediante entrenadores.

Otras intervenciones de salud mental: Otras medidas efectivas para contribuir a la disminución de la prevalencia de los trastornos mentales y problemas psicosociales son el entrenamiento teórico-práctico periódico en salud mental en personal no especializado de preferencia mediante paquetes según trastorno, con énfasis en la reducción del estigma y con evaluación del impacto, implementación y difusión local de estrategias estandarizadas de manejo de los principales trastornos mentales, intervenciones para reducir el estigma asociado a trastornos mentales de preferencia con el componente de contacto social directo o indirecto, intervenciones psicoeducativas familiares de enfoque individual o grupal e intervenciones psicoeducativas individuales.

ÁRBOL N°02 ÁRBOL DE MEDIOS



3.3 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

Tabla 5. Análisis de Alternativas - Familias Saludables

Descripción del medio	Familias saludables
Alternativa de intervención 1	Entrenamiento de habilidades parentales con enfoque grupal
Alternativa de intervención 2	Programas parentales para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en menores de 18 años.
Alternativa de intervención 3	Programas de prevención selectivas para niños y adolescentes con familiares afectados por abuso o dependencia de sustancias.

Tabla 6. Análisis de Alternativas - Contexto vecinal o local saludable

Descripción del medio	Contexto vecinal o local saludable
Alternativa de intervención 1	Conformación de redes de apoyo de adultos responsables (padres, profesores, autoridades, etc.)
Alternativa de intervención 2	Intervención con enfoque colaborativo
Alternativa de intervención 3	Intervenciones psicoeducativas en pacientes y familiares
Descripción del medio	**Intervenciones para la detección y tratamiento oportuno y de calidad para personas con problemas y trastornos mentales**
TAMIZAJE	
Alternativa de intervención 1	Tamizaje de trastornos depresivo (en personas en riesgo) y de problemas de uso de alcohol en la atención primaria en asociación a personal de asistencia especializado
Alternativa de intervención 2	Tamizaje rutinario de problemas de consumo de alcohol y trastornos depresivo en personas en riesgo en la atención primaria
Alternativa de intervención 3	Tamizaje de trastornos depresivos en niños y adolescentes
ATENCIÓN PRIMARIA	
Alternativa 1	Atención primaria y actividades comunitarias con personal de salud no especializado que ofrecen actividades de manejo farmacológico y psicológico
Alternativa 2	Establecimiento de un equipo comunitario de salud mental con enfoque colaborativo
Alternativa 3	Incorporación de trabajadores de salud mental en la atención primaria
DEPRESIÓN	
Alternativa 1	Manejo de la depresión en niños, adolescentes y adultos según nivel de severidad con intervenciones psicológicas de preferencia cognitivo conductual (leve a moderada) y farmacológicas (moderada a severa) con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, de preferencia en colaboración con personal especializado.
Alternativa 2	Manejo de la depresión en niños, adolescentes y adultos con intervenciones psicológicas.
Alternativa 3	Consejería y psicoeducación de pacientes con depresión.
ANSIEDAD	
Alternativa 1	Manejo de la ansiedad en niños, adolescentes y adultos mediante un enfoque multimodal (psicoterapéutico y psicofarmacológico) y de manera individualizada.
Alternativa 2	Manejo de la ansiedad en niños, adolescentes y adultos psicoterapia cognitivo conductual.
Alternativa 3	Consejería y psicoeducación de pacientes con ansiedad.
PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL	
Alternativa 1	Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en el contexto de la atención primaria
Alternativa 2	Consejería grupal
Alternativa 3	Intervenciones de manejo de contingencias
PSICOSIS/ESQUIZOFRENIA	
Alternativa 1	Manejo mediante programas integrales de medicación e intervenciones psicosociales de enfoque colaborativo y con psicoeducación
Alternativa 2	Manejo mediante fármacos antipsicóticos

Descripción del medio	Contexto vecinal o local saludable
Alternativa 3	Consejería y psicoeducación de pacientes con trastornos psicóticos
POBLACIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA POLÍTICA (TERRORISMO Y/O TORTURA)	
Alternativa 1	Intervenciones psicosociales individuales o grupales para reducir síntomas de trastornos de estrés post traumático
Alternativa 2	Consejería
REHABILITACIÓN	
Alternativa 1	Empleo con apoyo para personas con trastornos mentales
Alternativa 2	Entrenamiento pre-vocacional
Alternativa 3	Otros enfoques de rehabilitación

Tabla 7. Medios Indirectos

MEDIOS INDIRECTOS	
Descripción del medio	**Personal de salud competente en la identificación, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos de salud mental**
Alternativa 1	Entrenamiento teórico-práctico periódico sobre trastornos de salud mental en personal no especializado de preferencia mediante paquetes según trastorno, con énfasis en la reducción del estigma y con evaluación del impacto
Alternativa 2	Entrenamiento teórico general sobre trastornos mentales
Descripción del medio	**Guías y normas técnicas actualizadas e implementadas**
Alternativa 1	Implementación y difusión local de estrategias estandarizadas de manejo de los principales trastornos mentales con posibilidad de evaluación y actualización periódicas, de preferencia por una entidad regidora
Alternativa 2	Implementación de estrategias estandarizadas de manejo en establecimientos individuales
Descripción del medio	**Personal de salud tolerante hacia personas con trastornos mentales**
Alternativa 1	Intervenciones para reducir el estigma asociado a trastornos mentales de preferencia con el componente de contacto social directo o indirecto
Alternativa 2	Técnicas de marketing social diseñadas para alcanzar un bien social (reducción del estigma)
Descripción del medio	**Adecuada capacidad de la familia para afrontar situaciones de riesgo y tolerantes hacia personas con problemas de salud**
Alternativa 1	**Intervenciones psicoeducativas familiares de enfoque individual o grupal**
Alternativa 2	Consejería familiar
Descripción del medio	**Personas con trastornos mentales tolerantes hacia su condición de salud**
Alternativa 1	Intervenciones psicoeducativas individuales o grupales o intervenciones psicosociales de reducción del estigma internalizado
Alternativa 2	Consejería individual

3.3.1 Análisis de alternativas de intervención

Tabla 8. ANÁLISIS DE LAS ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN - Medios Directos

MEDIOS DIRECTOS:	**FAMILIAS SALUDABLES**
Alternativa de intervención identificada	***Entrenamiento de habilidades parentales con enfoque grupal***
Descripción breve de la alternativa	Intervenciones que incluyen el entrenamiento de habilidades parentales de manejo de la conducta y disciplina, con enfoque en la prevención de recaídas, estabilización y mejora del manejo familiar, reforzamiento de la estructura individual y familiar mediante elementos motivacionales, discusiones, ejercicios prácticos, tareas para la casa, teoría, videos y reuniones grupales de padre e hijos por separado de 12 a 32 sesiones con duración de 60 a 90 minutos.
Identifique si viene siendo ejecutada	

MEDIOS DIRECTOS:	**FAMILIAS SALUDABLES**
Evidencia que justifique la efectividad	Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., & col. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 7(1), 1. Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for im-proving parental psychosocial health status and date: New search for studies and content updated (conclusions changed), published in, (6).
Alternativa de intervención identificada	Programas parentales para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en menores de 18 años.
Descripción breve de la alternativa	Los programas dirigidos a los padres pueden ser efectivos en reducir o prevenir el uso de sustancias. Los más efectivos son aquellos con énfasis en el involucramiento activo de los padres y en el desarrollo de habilidades de competencia social, auto-regulación y habilidades parentales. Estos programas han demostrado ser efectivos en cambiar la conducta de los niños, reducir el tiempo en instituciones para delincuentes juveniles y mejorar la salud psicosocial de las madres. Una baja supervisión y monitoreo parentales son fuertes predictores de consumo de tabaco en niñas y de incremento de problemas de conducta y uso de alcohol en niños. Las expresiones parentales de desaprobación han demostrado ser disuasorios para el consumo de tabaco en niños. La mayor evidencia se da en pre-adolescentes y adolescentes tempranos en quienes hay una reducción significativa en una o más variables, particularmente el uso de alcohol, droga y tabaco. Los componentes más efectivos incluyeron el incremento de las interacciones positivas padre-niño, las habilidades de comunicación emocional, enseñar a los padres a utilizar el tiempo fuera, el énfasis en la consistencia y en la práctica de las nuevas habilidades aprendidas.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	A1 Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., & col. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 7(1), 1.

MEDIOS DIRECTOS:	**CONTEXTO VECINAL O LOCAL SALUDABLE**
Alternativa de intervención identificada	***Conformación de redes de apoyo de adultos responsables (padres, profesores, autoridades, etc.)***
Descripción breve de la alternativa	Los adultos de la comunidad (profesores/ mentores, entrenadores, empleadores, directores de clubes, líderes de la comunidad, proveedores de servicios y otros) conforman una red organizada de apoyo que refuerza el aprendizaje y promueve la resiliencia mejorando así la productividad.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Jones, I. (1995). How Do Urban Communities Affect Youth? Using Social Science Research to Inform the Design and Evaluation of Comprehensive Community Initiatives. Approaches to evaluating community initiatives, 93.
MEDIOS DIRECTOS	**Detección y tratamiento en servicios de salud mental adecuados y de calidad para población general y de alto riesgo**
TAMIZAJE	**Tamizaje de trastornos depresivo (en personas en riesgo) y de problemas de uso de alcohol en la atención primaria en asociación a personal de asistencia especializado**
Descripción breve de la alternativa	El tamizaje de problemas de uso de alcohol se realiza mediante el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (consumo perjudicial) y el CAGE (abuso y

MEDIOS DIRECTOS:	**CONTEXTO VECINAL O LOCAL SALUDABLE**
	dependencia). Para depresión pueden utilizarse preguntas simples e instrumentos más complejos, pero siempre realizando una entrevista diagnóstica con criterios diagnósticos estandarizados para la confirmación.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	US Preventive Services Task Force. (2009). Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. Annals of Internal Medicine, 151(11), 784. Fiellin, D. A., Reid, M. C., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Archives of internal Medicine, 160(13), 1977-1989.
ATENCIÓN PRIMARIA	**Atención primaria y actividades comunitarias con personal de salud no especializado que ofrecen actividades de manejo farmacológico y psicológico**
Descripción breve de la alternativa	Atención de calidad y oportuna que permite incrementar la oportunidad de las personas con trastornos mentales de acceder a servicios sin ser discriminados o resultar empobrecidos.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	A1 Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., & Lund, C. (2015). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. The Lancet.
DEPRESIÓN	**Manejo de la depresión en niños, adolescentes y adultos según nivel de severidad con intervenciones psicológicas de preferencia cognitivo conductual (leve a moderada) y farmacológicas (moderada a severa) con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, de preferencia en colaboración con personal especializado.**
Descripción breve de la alternativa	Pauta de manejo recomendada por las guías de manejo de depresión en niños y adolescentes y adultos con énfasis en que los roles y responsabilidades del manejo deben ser acordados por el médico de atención primaria y el especialista y con un adecuado monitoreo de posibles efectos secundarios y evaluación periódica de los objetivos del tratamiento.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	A1 Cheung, A. H., Zuckerbrot, R. A., Jensen, P. S., Ghalib, K., Laraque, D., & Stein, R. E. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. Pediatrics, 120(5), e1313-e1326. Birmaher, B., Brent, D., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46(11), 1503-1526. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorders. 2° Ed.
ANSIEDAD	**Manejo de la ansiedad en niños, adolescentes y adultos mediante un enfoque multimodal (psicoterapéutico y psicofarmacológico) y de manera individualizada.**
Descripción breve de la alternativa	Pauta de manejo recomendada por las guías de manejo de ansiedad en niños, adolescentes y adultos.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de la Ansiedad. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL	**Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en el contexto de la atención primaria.**
Descripción breve de la alternativa	Intervención psicológica de una a cuatro sesiones en las que se enfatiza el compromiso con el paciente y la provisión de información y consejo diseñada de

MEDIOS DIRECTOS:	**CONTEXTO VECINAL O LOCAL SALUDABLE**
	manera que alcance una reducción en la ingesta riesgosa de alcohol o problemas de uso de alcohol que se desarrolla en la práctica rutinaria.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O & col. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev, 2. Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. The Lancet, 373(9682), 2234-2246.
PSICOSIS/ESQUIZOFRENIA	**Manejo mediante programas integrales de medicación e intervenciones psicosociales de enfoque colaborativo y con psicoeducación**
Descripción breve de la alternativa	Pauta de manejo mediante programas que combinen medicación e intervenciones psicosociales en adultos con signos y síntomas tempranos, detección temprana de manifestaciones y entrenamiento adecuado, monitoreo a largo plazo, psicoeducación y manejo de situaciones estresantes.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Falloon, R. H., Kydd, R. R., Coverdale, J. H., & Laidlaw, T. M. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 22(2), 271.
POBLACIÓN VÍCTIMA DE VIOLENCIA POLÍTICA (TERRORISMO Y/O TORTURA)	**Intervenciones psicosociales individuales o grupales para reducir síntomas de trastornos de estrés post traumático**
Descripción breve de la alternativa	Intervenciones psicológicas individuales o grupales tipo terapia cognitivo conductual, terapia de exposición narrativa, enfoques mixtos u otras llevadas a cabo en una o más sesiones, con inclusión de actividades de procesamiento del trauma, juego cooperativo y elementos creativos de expresión, cuya finalidad es disminuir o prevenir los síntomas de trastorno de estrés post traumático en esta población.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. Cochrane Database of Syst. Rev, 11. Tol, W. A., Komproe, I. H., Susanty, D., Jordans, M. J., Macy, R. D., & De Jong, J. T. (2008). School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. Jama, 300(6), 655-662.
REHABILITACIÓN	**Empleo con apoyo para personas con trastornos mentales**
Descripción breve de la alternativa	Enfoque de rehabilitación vocacional que consiste en ubicar a los sujetos en trabajos competitivos sin una preparación extendida, siendo los lugares de trabajo convencionales, pero con la provisión de servicios de supervisión continua y entrenamiento de personal del área conocido como entrenadores.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., & col. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev, 9.

Tabla 9. ANÁLISIS DE LAS ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN - Medios Indirectos

MEDIOS INDIRECTOS	***Personal de salud competente en la identificación, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos de salud mental***
Alternativa de intervención identificada	***Entrenamiento teórico-práctico sobre trastornos de salud mental en personal no especializado de preferencia mediante paquetes según trastorno***

MEDIOS INDIRECTOS	***Personal de salud competente en la identificación, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos de salud mental***
Descripción breve de la alternativa	Capacitación de uno o más días en diferentes trastornos mentales, en relación a su diagnóstico y manejo, así como las intervenciones que pueden realizarse en cada caso y que tienen evidencia de base; todo ello mediante la exposición de contenidos teóricos y aprendizaje práctico, por ejemplo mediante viñetas u otras metodologías didácticas interactivas (discusión, juego de roles y trabajo en grupo), y con una adecuada medición de su impacto sobre los conocimientos y actitudes (incluyendo el estigma) en los profesionales.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Li, J., Li, J., Thornicroft, G., Yang, H., Chen, W., & Huang, Y. (2015). Training community mental health staff in Guangzhou, China: evaluation of the effect of a new training model. BMC psychiatry, 15(1), 1.
MEDIOS INDIRECTOS	***Documentos técnicos y protocolos actualizados***
Alternativa de intervención identificada	***Implementación y difusión local de estrategias estandarizadas de manejo de los principales trastornos mentales***
Descripción breve de la alternativa	Establecimiento de prácticas eficaces y efectivas en salud mental en base a la evidencia científica y mantenimiento de una adecuada fidelidad de implementación para mejorar desenlaces tradicionales (p.ej. readmisiones) y no tradicionales (p. ej., independencia), realizando previamente un estudio de la estructura organizacional y compromiso, el desarrollo de recursos y de la claridad de los roles y responsabilidades.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Barbui, C., Girlanda, F., Ay, E., Cipriani, A., Becker, T., & Koesters, M. (2014). Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. Schizophrenia bulletin, 40(4), 737-739. Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., & Torrey, W. C. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. Psychiatric services.

MEDIOS INDIRECTOS	***Personal de salud tolerante hacia personas con trastornos mentales***
Alternativa de intervención identificada	***Intervenciones para reducir el estigma asociado a trastornos mentales de preferencia con el componente de contacto social directo o indirecto***
Descripción breve de la alternativa	Intervenciones dirigidas a disminuir el estigma en profesionales de salud mediante distintas modalidades como el entrenamiento de habilidades conductuales y conocimientos e intervenciones educativas con duración variable de uno a seis meses. Las intervenciones llevadas a cabo en otras poblaciones como militares, público general, estudiantes escolares y universitarios entre otros, incluyeron la entrevista motivacional, programas de entrenamiento y educativos, talleres, contacto directo con usuarios de servicios de salud mental recuperados, programas basados en internet, juego de roles, videos, etc.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., & col. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. The British Journal of Psychiatry, 207(5), 377-384.
MEDIOS INDIRECTOS	***Familiares tolerantes hacia personas con trastornos mentales***
Alternativa de intervención identificada	***Intervenciones psicoeducativas familiares de enfoque individual o grupal***
Descripción breve de la alternativa	Intervenciones familiares individuales o grupales que proveen de soporte emocional, educación, recursos durante las crisis y habilidades de solución de problemas, dirigidas a familiares de personas con trastornos mentales.
Identifique si viene siendo ejecutada	

MEDIOS INDIRECTOS	***Personal de salud tolerante hacia personas con trastornos mentales***
Evidencia que justifique la efectividad	Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H & col. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatric services.
MEDIOS INDIRECTOS	***Personal de salud tolerante hacia personas con trastornos mentales***
Alternativa de intervención identificada	***Intervenciones psicoeducativas***
Descripción breve de la alternativa	Intervenciones educativas dirigidas a incrementar los conocimientos sobre trastornos mentales y disminuir el estigma mediante programas de reducción del estigma y terapia cognitivo conductual enfocada a las creencias negativas sobre uno mismo y su enfermedad.
Identifique si viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad	Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., & col. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. The British Journal of Psychiatry, 207(5), 377-384. Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev, 4.

3.4 TRANSICIÓN DE LAS ALTERNATIVAS AL PRODUCTO

El PP 0131 – Control y Prevención en Salud Mental, se ha planteado los siguientes productos expresados en bienes y servicios que serán otorgados a la población objetivo con la finalidad de generar el cambio esperado.

Esta intervención del Estado contribuirá a la reducción de la recurrencia de los trastornos mentales graves, el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas violentas y de riesgo en personas con problemas de salud mental.

Tabla 10. TRANSICIÓN DE LAS ALTERNATIVAS AL PRODUCTO

Medios fundamentales			Intervenciones seleccionadas		Productos
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Familias saludables	1	Entrenamiento de habilidades parentales con enfoque grupal		Familias con conocimiento de prácticas y entornos saludables para contribuir en la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales
2	Contexto vecinal o local saludable		Conformación de redes de apoyo de adultos responsables (padres, profesores, autoridades, etc.) Programas parentales para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en menores de 18 años		Comunidades que promueven prácticas y entornos saludables para contribuir en la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental
3	***Detección y tratamiento oportuno y de calidad para personas con problemas y***	3.1	Tamizaje de trastornos depresivo (en personas en riesgo) y de problemas de uso de alcohol en la atención primaria en asociación a		Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas

Medios fundamentales			Intervenciones seleccionadas		Productos
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
	trastornos mentales		personal de asistencia especializado		
		3.2	Manejo de la depresión en niños, adolescentes y adultos según nivel de severidad con intervenciones psicológicas de preferencia cognitivo conductual (leve a moderada) y farmacológicas (moderada a severa) con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, de preferencia en colaboración con personal especializado.		Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente
		3.3	Manejo de la ansiedad en niños, adolescentes y adultos mediante un enfoque multimodal (psicoterapéutico y psicofarmacológico) y de manera individualizada.		Niños y niñas de 3 a 11 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia, tratadas
		3.4	Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en el contexto de la atención primaria.		Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente
		3.5	Manejo mediante programas integrales de medicación e intervenciones psicosociales de enfoque colaborativo y con psicoeducación- Psicosis Esquizofrenia.		Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente empleo con apoyo para personas con trastornos mentales Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas
		3.6	Intervenciones psicosociales individuales o grupales para reducir síntomas de trastornos de estrés post traumático		Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas

El PP 0131 CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL, identifica 11 productos

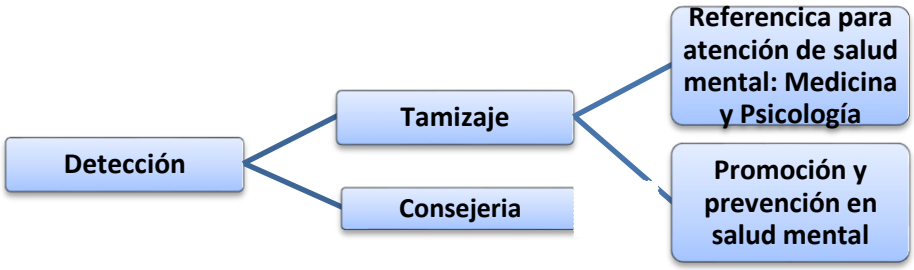
CODIGO	PRODUCTO
3000001	ACCIONES COMUNES
3000698	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS
3000699	POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD
3000700	PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE
3000701	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE
3000702	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE

CODIGO	PRODUCTO
3000703	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS
3000704	COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS
3000705	POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL
3000706	FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES
3000707	COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Denominación del Producto 1	**ACCIONES COMUNES**
Grupo poblacional que recibe el producto	DIRESAS, GERESAS, Redes, Micro redes y Establecimientos de Salud
Responsable del diseño del producto	MINSA, DGIESP-DSM
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DGIESP-DSM, IGSS, ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs, SuSalud
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	N° de informes de gestión del Programa.
Indicadores de desempeño del producto	Informe de evaluación anual de los indicadores de desempeño de los productos del PP Control y Prevención en Salud Mental
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Está dirigido a las DIRESAS / GERESAS, IGSS (Redes, Micro redes y Establecimientos de Salud) e incluye diferentes **estrategias** y está a cargo de profesionales de la sede central y algunas unidades ejecutoras. El presente producto comprende las siguientes actividades: − **Monitoreo, supervisión, evaluación y control:** Son acciones orientadas al control gerencial por niveles (nacional, regional o local) según corresponda, para el logro de los objetivos y resultados. − **Desarrollo de normas y guías técnicas para el abordaje de trastornos mentales y problemas psicosociales**: Consiste en el proceso de elaboración, validación, aprobación, publicación, impresión, difusión y capacitación para la implementación de documentos técnicos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar el proceso de atención a las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales. − **Acompañamiento Clínico Psicosocial:** Implica un conjunto de actividades realizadas por equipos de servicios especializados del nivel nacional y regional, dirigidas a los equipos interdisciplinarios de los EESS categoría I-3 y I-4 con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales. Asimismo, en el presente producto se ha contemplado la Vigilancia Epidemiológica de los trastornos mentales y problemas psicosociales en salud pública. Incluye las acciones de asesoría, de vigilancia epidemiológica, la investigación y la transferencia de tecnologías para la intervención en salud.

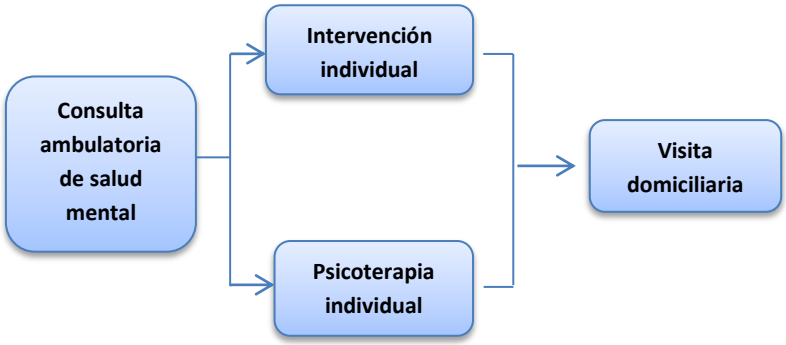
	La **vigilancia epidemiológica**, es un proceso continuo y sistemático de colección, análisis e interpretación de los datos de casos sujetos a notificación obligatoria en las regiones del país, para conocer su tendencia, evolución, identificar las regiones geográficas y los grupos poblacionales más comprometidos, conocer el estado de salud actual de la población, identificar precozmente curvas y tendencias para su oportuna intervención y control. La entrega del presente producto es realizada por equipos de profesionales especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales con especialización en el área) en trabajo conjunto con las autoridades regionales de salud y de salud mental.
2. Organización para la entrega del producto	Equipos de Gestión del nivel Nacional, Regional y Local. En el nivel Nacional corresponde al MINSA y al IGSS (redes, micro redes y establecimientos de salud en el ámbito de la jurisdicción territorial). En el nivel Regional corresponde a DISA/DIRESA/GERESA
3. Criterios de programación	A nivel Nacional y Regional dos informes: uno semestral y uno anual.
4. Método de agregación de actividades a producto	El método de agregación será la sumatoria del indicador de producción física del producto
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 2	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS**
Grupo poblacional que recibe el producto	Población general.
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM.
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental tamizados.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas con problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental tamizadas.

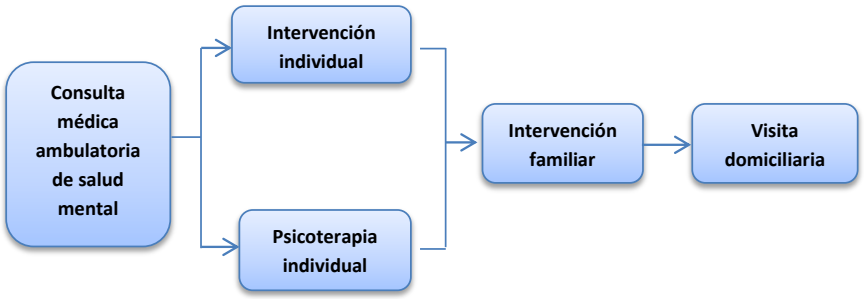
Denominación del producto 2	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Conjunto de actividades desarrollado por personal capacitado e implica la observación de indicadores, entrevista y aplicación de un cuestionario breve de preguntas (tamizaje) con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales en las personas atendidas en el establecimiento de salud, especialmente en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo, TBC, VIH/SIDA. Concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos en el tamizaje y la derivación al servicio medicina o psicología si corresponde. Es desarrollado en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención por un personal de salud capacitado. El presente producto contiene las siguientes actividades: ➢ Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales. ➢ **Tamizaje de niños y niñas de 3 a17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia.**
2. Organización para la entrega del producto	A nivel nacional se cuenta con las GPC que son implementadas en los establecimientos de salud previa capacitación y acompañamiento clínico psicosocial desde el nivel Nacional, DIRESAS, IGSS (redes y micro-redes hasta el personal del establecimiento de salud) de acuerdo a sus competencias, según sean médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, u otro personal de salud.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizarán reportes estadísticos del establecimiento de salud o centro de costo, del año anterior, considerando: Tamizaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales. ➢ 30% del total de atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las causas el año anterior.
4. Método de agregación de actividades a producto	Sumatoria del indicador de producción física
5. Flujo de procesos	

Denominación del Producto 3	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
Grupo poblacional que recibe el producto	Población general por grupos de edad
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM

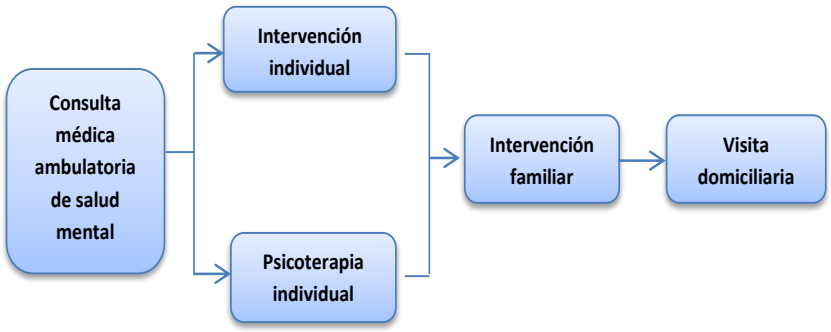
Denominación del Producto 3	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas detectadas con problemas psicosociales tiene diagnóstico y tratamiento.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Está dirigido a personas con problemas psicosociales cuyo **tamizaje** resultó **positivo**, las mismas que iniciarán un tratamiento especializado a cargo de profesionales de salud con competencias de los Centros de Salud Mental Comunitarios y de los establecimientos de salud del nivel I-3 en adelante. El presente producto comprende las siguientes actividades: ➢ Tratamiento de personas con problemas psicosociales ➢ Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 03 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia. El desarrollo del presente producto consiste en la aplicación de un paquete de atención a las personas con problemas psicosociales: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención: ➢ Consulta de salud mental: Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de la salud con competencias, para la evaluación de un paciente con tamizaje positivo. En esta actividad se valora la complejidad del problema presentado y se elabora el plan de intervención. ➢ Intervención individual en salud mental: Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermeras, obstetras, u otros profesionales) que tiene por objeto abordar los problemas identificados de salud mental. ➢ Psicoterapia individual: Es una intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y está dirigida a abordar los casos que requieran mayor capacidad resolutiva como: abuso sexual y casos con comorbilidad. Esta intervención se realiza sólo en los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir del II nivel de atención. ➢ Visita Domiciliaria: Es una actividad dirigida a la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento.
2. Organización para la entrega del producto	➢ MINSA provee las normas técnicas. ➢ MINSA, DIRESAs, IGSS, Establecimientos de salud especializados, Hospitales generales con servicios especializados realizan acompañamiento clínico y psicosocial. ➢ EESS del I, II y III nivel de atención brindan el paquete de atención, incluyendo los Centros de Salud Mental Comunitarios. ➢ IGSS (direcciones de redes y DIRESAS realizan control de calidad.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, considerando: Para el tratamiento integral y ambulatorio de personas con problemas psicosociales se programará el 20% adicional del número de casos de violencia familiar atendidos el año anterior.

Denominación del Producto 3	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
4. Método de agregación de actividades a producto	La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 4	**PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Grupo poblacional que recibe el producto	POBLACIÓN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas que reciben atención por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas detectadas en el primer nivel de atención, con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, tienen diagnóstico y tratamiento.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Está dirigido a personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad con tamizaje positivo, las mismas que iniciarán un tratamiento especializado, según lo establecido en las guías de práctica clínica. Es desarrollado por un profesional de salud con competencias de los establecimientos de salud a partir del nivel I-3 en adelante, en donde se incluye a los Centros de Salud Mental Comunitarios. El presente producto comprende las siguientes actividades: ➢ Tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida y de ansiedad. ➢ Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos y de ansiedad. El desarrollo del presente producto consiste en la aplicación del paquete de atención, el cual incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio o internamiento):

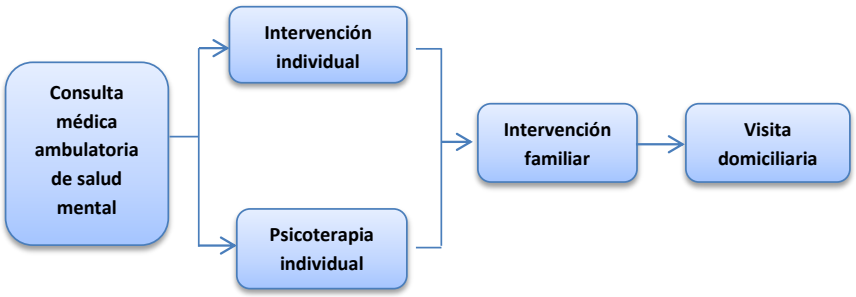
Denominación del producto 4	**PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**
	➢ Consultas médicas ambulatorias de Salud Mental, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente que presenta un trastorno afectivo (depresión o conducta suicida) o de un trastorno de ansiedad. ➢ Intervenciones individuales: Procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermera, obstetra, u otro profesional de la salud) tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental. ➢ Psicoterapias individuales: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencia en el tratamiento de los trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y los trastornos de ansiedad. Esta intervención se realiza sólo en los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir del II nivel de atención. ➢ Intervención familiar: Está dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación y adherencia al tratamiento. Esta actividad es desarrollada sólo en los establecimientos de salud donde no se cuenta con profesional de psicología y por tanto lo realiza otro profesional de la salud. ➢ Visita domiciliaria, es la actividad dirigida a la familia del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento. Es realizado por un personal de salud con competencias.
2. Organización para la entrega del producto	➢ EESS del I, II y III nivel de atención, que cuenten con profesional psicólogo, e incluye a los Centros de Salud Mental Comunitario, quienes brindan el paquete de atención. ➢ IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción) y DIRESAS realizan control de calidad. ➢ MINSA, DIRESAs, Establecimientos de salud especializados, Hospitales generales con servicios especializados realizan acompañamiento clínico psicosocial. ➢ MINSA provee las normas técnicas.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 10% adicional del número de casos con depresión, ansiedad y conducta suicida atendidos el año previo.
4. Método de agregación de actividades a producto	La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 5	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Grupo poblacional que recibe el producto	POBLACIÓN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras, IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas que reciben atención con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas detectadas en el primer nivel de atención, con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, tienen diagnóstico y tratamiento.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a personas con tamizaje positivo en trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. Es desarrollado por un profesional de salud con competencias a partir de los establecimientos de salud del nivel I-2 en adelante, en donde se incluye a los Centros de Salud Mental Comunitario. El presente producto comprende las siguientes actividades: ➢ Tratamiento ambulatorio de personas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol. ➢ Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol. ➢ Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol. El paquete de atención de tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones, de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio, internamiento o de rehabilitación psicosocial): ➢ Consulta médica ambulatoria de salud mental: realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente que presenta un trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol. ➢ Intervenciones individuales: Procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermera, obstetra, u otro profesional de la salud) tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental. Esta actividad es desarrollada sólo en los establecimientos de salud donde no se cuenta con profesional de psicología y por tanto lo realiza otro profesional de la salud. ➢ Psicoterapia individual: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias en el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol. Esta intervención se realiza sólo en los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir del II nivel de atención. ➢ Intervención familiar: actividad dirigida a la familia con el objetivo de mejorar las relaciones entre los integrantes, sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación y adherencia al tratamiento. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud en todos los establecimientos de salud.

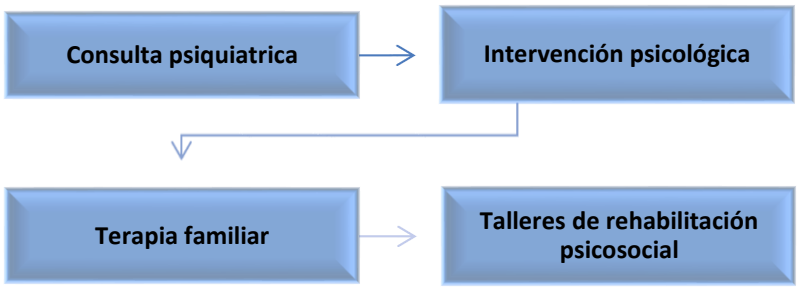
Denominación del producto 5	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
	➢ Visita Domiciliaria (visita familiar integral), actividad dirigida a la familia del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento. Esta actividad es realizada por un personal de salud con competencias.
2. Organización para la entrega del producto	➢ EESS del I, II y III nivel de atención, incluyendo los Centros de Salud Mental Comunitario, quienes brindan el paquete de atención. ➢ IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción) y DIRESAS realizan control de calidad. ➢ MINSA, DIRESAs, Establecimientos de salud especializados, Hospitales generales con servicios especializados realizan acompañamiento clínico psicosocial. ➢ MINSA provee las normas técnicas.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 20% adicional del número de casos con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol atendido el año previo.
4. Método de agregación de actividades a producto	La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 6	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Grupo poblacional que recibe el producto	POBLACIÓN GENERAL POR GRUPOS DE EDAD
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras; IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas que reciben atención por trastornos o síndromes psicóticos.

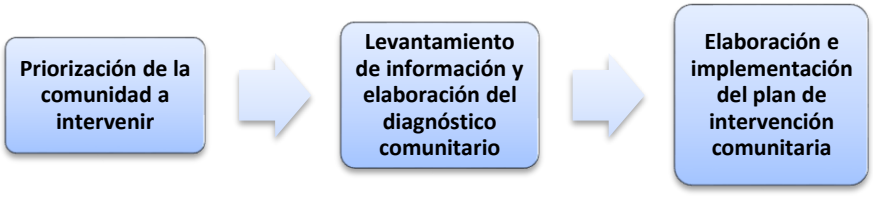
Denominación del producto 6	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas detectadas en el primer nivel de atención, con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia), tienen diagnóstico y tratamiento.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a personas con trastornos o síndromes psicóticos con tamizaje positivo, y es desarrollada por un profesional de salud especializado a partir de los establecimientos de salud del nivel I-2 en adelante, en donde se incluye a los Centros de Salud Mental Comunitario. El presente producto comprende las siguientes actividades: ➢ Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico. ➢ Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico. ➢ Rehabilitación psicosocial de personas con síndrome o trastorno esquizofrénico. El paquete de atención de los trastornos o síndromes psicóticos incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones, de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio, internamiento o de rehabilitación psicosocial): ➢ Consultas médicas ambulatorias de Salud Mental, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente que presenta un trastorno psicótico. ➢ Intervenciones individuales: Procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermera, obstetra, u otro profesional de la salud) tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental. Se realiza sólo en los establecimientos de salud donde no se cuenta con profesional de psicología y por tanto lo realiza otro profesional de la salud. ➢ Psicoterapias individuales: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencia en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Esta intervención se realiza sólo en los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir del II nivel de atención. ➢ Intervención familiar: Está dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación y adherencia al tratamiento. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud en todos los establecimientos de salud. ➢ Visita domiciliaria, es la actividad dirigida a la familia del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento. Esta actividad es realizada una vez como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud con competencias.
2. Organización para la entrega del producto	➢ EESS del I, II y III nivel de atención, incluye los Centros de Salud Mental Comunitarios, quienes brindan el paquete de atención. ➢ IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción) y DIRESAS realizan control de calidad. ➢ MINSA, DIRESAs, Establecimientos de salud especializados, Hospitales generales con servicios especializados realizan acompañamiento clínico psicosocial. ➢ MINSA provee las normas técnicas.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, considerando: ➢ 20% adicional del número de casos con trastornos o síndromes psicóticos atendidos el año previo.
4. Método de agregación de actividades a producto	La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).

Denominación del producto 6	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
	

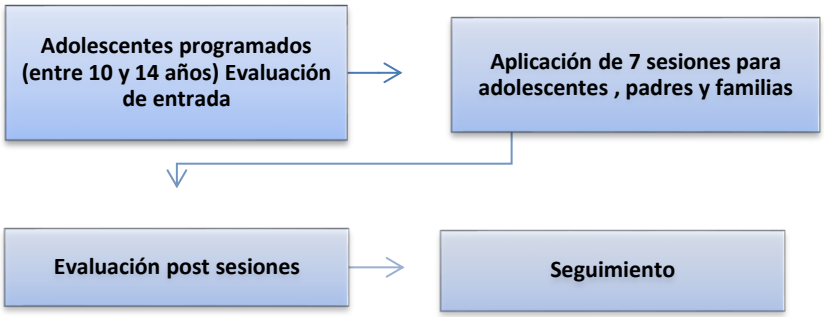
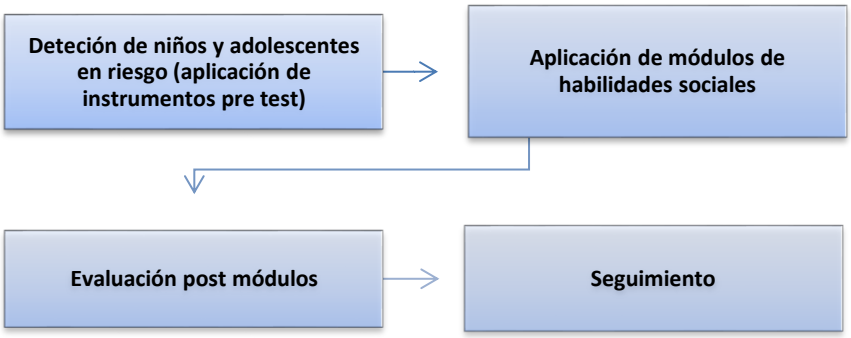
Denominación del producto 7	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS**
Grupo poblacional que recibe el producto	POBLACIÓN INIMPUTABLE CON SINDROMES PSICÓTICOS
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGSIEP-DSM
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras; IGSS, (Centros de Salud Mental Comunitario y Hospitales)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de personas judicializadas (inimputables) con trastornos psicóticos que acceden a servicios
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas judicializadas (inimputables) con trastornos psicóticos que acceden a servicios de tratamiento y rehabilitación de salud mental
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a personas judicializadas (inimputables) con trastornos psicóticos que acceden a servicios de tratamiento y rehabilitación de salud mental. Es desarrollado por profesionales especializados de salud mental. El presente producto comprende la siguiente actividad: ➢ Tratamiento de personas con trastornos mentales judicializadas. En donde se desarrollan las siguientes intervenciones: ➢ Consulta psiquiátrica, para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Es desarrollada en los establecimientos de salud especializados. ➢ Intervención psicológica: es el procedimiento terapéutico realizado por un psicólogo, tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental. Esta actividad es desarrollada en los establecimientos de salud especializados. ➢ Terapia Familiar: Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional con competencias y es desarrollada en los establecimientos de salud especializados. ➢ Talleres de rehabilitación psicosocial. Conjunto de acciones dirigida a fortalecer las capacidades y habilidades de estas personas y con ello lograr la reinserción para las actividades de la vida diaria, la relación interpersonal, y habilidades socio laboral.

Denominación del producto 7	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS**
2. Organización para la entrega del producto	➢ EESS (Centros de Salud Mental Comunitarios, II y III nivel de atención) que brindan el paquete de atención. ➢ Direcciones de redes y DIRESAS realizan control de calidad ➢ INSM y hospitales realizan el acompañamiento clínico y psicosocial ➢ MINSA, provee las normas técnicas.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se considerará, el censo de personas judicializadas inimputables: ➢ 100% de los casos inimputables psicóticos hospitalizados.
4. Método de agregación de actividades a producto	La suma de las metas físicas de las actividades (garantizando que las unidades de medida del producto y de las actividades es la misma).
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 8	**COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS**
Grupo poblacional que recibe el producto	COMUNIDAD CON SECUELAS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS
Responsable del diseño del producto	MINSA: DGIESP-DSM
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras; IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de comunidades fortalecida con atención psicosocial
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de las comunidades con secuelas de la violencia política intervenidas del total de comunidades priorizadas por el Consejo de Reparaciones
Modelo operacional del producto	

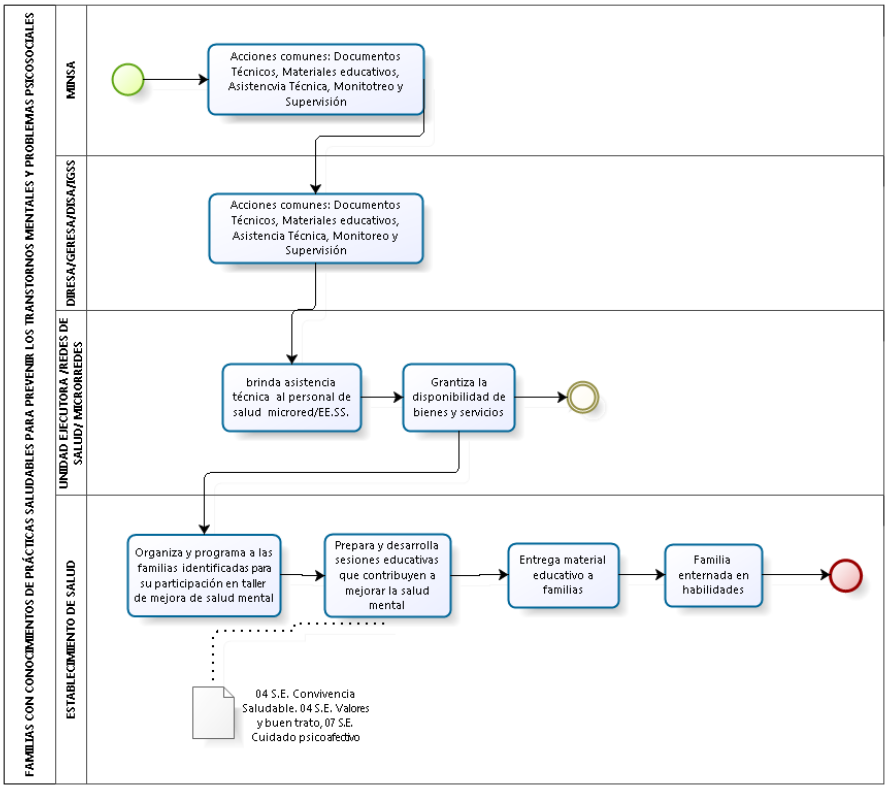
Denominación del producto 8	**COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS**
1. Definición operacional	Es la intervención comunitaria en salud mental para el fortalecimiento de los vínculos personales, familiares y comunales dañados por el proceso de violencia política en comunidades registradas por el Consejo de Reparaciones, con población desplazada, albergados, mujeres víctimas de violencia sexual en todas sus formas, entre otros. Son acciones que se desarrollan en la comunidad, lo realiza el personal de salud capacitado de los establecimientos de salud de la jurisdicción. El presente producto comprende la actividad: ➢ Intervenciones comunitarias para la recuperación emocional de poblaciones víctimas de violencia política. Las intervenciones comunitarias comprenden: ➢ La priorización de la comunidad a intervenir considerando el registro del Consejo de Reparaciones, recurso humano capacitado, N° de afectados y el acceso a la jurisdicción. ➢ Levantamiento de información y elaboración del diagnóstico comunitario ➢ Elaboración e implementación del plan de intervención comunitaria, el cual incluye: - Sensibilización a las autoridades y actores sociales. - Apoyo psicoemocional e intervenciones clínico – comunitarias - Reconstrucción y fortalecimiento de las redes de apoyo social. - Psicoeducación para el cuidado de la salud mental. - Conformación de la Red de Salud Mental local. - Fortalecimiento de capacidades de los profesionales de salud y capacitación a promotores de salud. - Acompañamiento psicosocial a los familiares de las victimas durante los procesos de investigación forense (denuncia, exposición de prendas, exhumaciones, reconocimiento y entrega de restos óseos de las personas desaparecidas) y otras reparaciones. - Acompañamiento psicosocial a las personas vulneradas por Derechos humanos: Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), Trata, Feminicidio y otros.
2. Organización para la entrega del producto	➢ A nivel nacional se implementa el Programa Integral de Reparaciones. El MINSA a través de la DSM diseñará los documentos técnicos normativos para la intervención. ➢ En los establecimientos de salud el personal de salud implementará las acciones en efecto de cascada, a las redes y micro-redes previa capacitación del nivel Central a las GERESAS y DIRESAS, ➢ Organización para las comunidades a intervenir, según criterios de priorización nacional y regional.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará el Registro Único de Víctimas y el registro de comunidades priorizadas emitido por el Consejo de Reparaciones en la jurisdicción del establecimiento de salud o centro de costo, considerando: ➢ Mínimo 01 comunidad por Red de salud de cada región y de acuerdo a criterios de vulnerabilidad social y las características de cada región, anualmente se incrementará 20%.
4. Método de agregación de actividades a producto	Sumatoria del indicador de producción física
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 9	**POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL**
Grupo poblacional que recibe el producto	Población general
Responsable del diseño del producto	MINSA, DGIESP-DSM.
Responsable de la entrega del producto	ESN de Salud Mental y Cultura de Paz; DIRESAs; GERESAs; Unidades ejecutoras; IGSS, (redes, microredes y establecimientos de salud de su jurisdicción)
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL ( )
Indicador de producción física de producto	Número de niñas, niños, y adolescentes que reciben sesiones de habilidades sociales y taller de prevención en conductas de riesgo.
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de niñas, niños, y adolescentes con déficits de habilidades sociales reciben las sesiones de habilidades sociales.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es el desarrollo de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales dirigido a niñas, niños y adolescentes identificadas en las instituciones educativas o establecimiento de salud con problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas con la finalidad de prevenir problemas de salud mental; es desarrollada por personal de salud capacitado en el primer nivel de atención (I-3 y I-4). El presente producto comprende las siguientes actividades: ➢ Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes Familias Fuertes: Amor y Límites. Consta de 7 sesiones para padres, hijos y familia, dirigido a familias con hijos entre 10 y 14 años de edad. ➢ Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos. Consta de 10 sesiones dirigido a adolescentes de 12 a 17 años. ➢ Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños. Consta de 10 sesiones dirigido a niños de 08 a 11 años de edad.
2. Organización para la entrega del producto	Personal de salud capacitado en los establecimientos I-3 y I-4
3. Criterios de programación	**Prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes - Familias fuertes: Amor y límites,** para la programación de la meta física, se considera el 5% de la población entre 10 a 14 años de la jurisdicción del establecimiento de salud. **Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos,** para la programación de la meta física, se considera al 10% de la población entre 12 a 17 años sujeta de programación de cada establecimiento de salud o centro de costo. Contemplar "población sujeta de programación" al 60% de la población asignada al establecimiento de salud. **Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños**, para la programación de la meta física se considera al 30% de la población de niñas y niños sujeta a programación para la identificación de problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas.

4. Método de agregación de actividades a producto	Sumatoria del indicador de producción física
5. Flujo de procesos	**FAMILIAS FUERTES**  **HABILIDADES SOCIALES** 

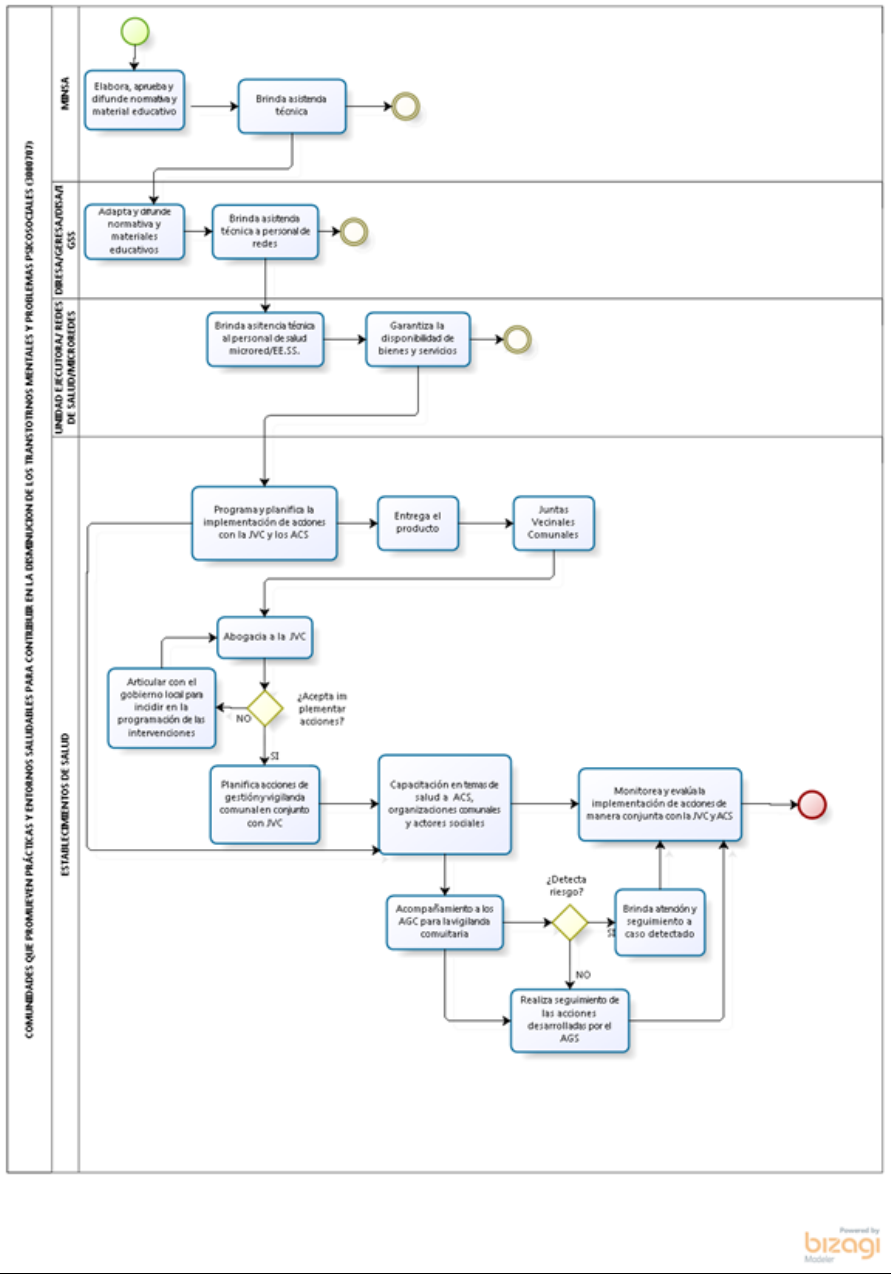
Denominación del 10 producto	**FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)**					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias de sectores priorizados de distritos en riesgo de problemas y/o trastornos de salud mental					
Responsable del diseño del producto	MINSA - Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 a I-4. Excepcionalmente Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	(X)	GR	(X)	GL	( )

Denominación del 10 producto	**FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)**
Indicador de producción física de producto	Familias que reciben entrenamiento a través de sesiones educativas en comportamientos y entornos saludables para contribuir mejorar su salud mental
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Familias que reciben entrenamiento a través de sesión educativa en comportamientos y entornos saludables que contribuyen a mejorar la Salud Mental
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Se refiere a aquellas familias con niñas y niños y/o adolescentes de sectores priorizados de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2 y/o en riesgo de problemas de la salud mental, a los cuales se les brinda entrenamiento a través de sesiones educativas en comportamientos (habilidades) y entornos saludables que contribuyan a mejorar la salud mental. Las sesiones educativas se brindarán a un grupo máximo de 15 familias y es realizada por el personal de salud capacitado en la vivienda de la familia. Incluye: Las actividades del producto son realizadas por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, local comunal u otro que considere pertinente. Para entregar el producto se tiene que realizar la siguiente actividad Actividad 1: FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES Subfinalidad 1: Familias que reciben entrenamiento a través de sesión educativa en comportamientos (habilidades) y entornos saludables que contribuyan a mejorar la salud mental, para ello desarrollará por lo menos un taller según se indica a continuación: • 1 taller de Promoción de Convivencia Saludable: Se desarrollarán 4 Sesiones Educativas (estilos de vida saludable, manejo de las emociones, comunicación asertiva y relaciones interpersonales - resolución de conflictos) dirigidas a padres de familias con niñas y/o niños y/o adolescente con una duración de 60 minutos por sesión, realizado en la vivienda, comunidad o institución educativas. • 1 taller de Promoción de Valores y Buen Trato: Se desarrollarán 4 Sesiones Educativas dirigidas a padres de familias con niñas y/o niños y/o adolescente con una duración de 60 minutos por sesión, realizado en la vivienda, comunidad o institución educativas. • 1 taller de Promoción de Buenas Prácticas para el Cuidado Psicoafectivo: Se desarrollaran 7 Sesiones Educativas (Aprendiendo a ser padres, favoreciendo la comunicación en el niño, vínculo afectivo- apego, manejando emociones reconociendo el temperamento del niño menor de un año y la familia y su rol en el desarrollo de la autoestima), con énfasis en buenas prácticas de crianza, dirigidas a padres de familias con niñas y/o niños y/o adolescente con una duración de 60 minutos por sesión, realizado en la vivienda, comunidad o institución educativas. Para el desarrollo de estas tareas el personal requiere capacitación de 24 horas por año como mínimo.
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto, así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/IGSS/DISAS LIMA METROPOLITANA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • DISA/RED DE SALUD /UNIDAD EJECUTORA: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Microredes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, capacita al personal de salud, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTO DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las sesiones educativas con las familias.

Denominación del 10 producto	**FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000706)**
3. Criterios de programación	100 % de familias con niñas y/o niños y/o adolescentes de sectores priorizados de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2 y/o en riesgo de problemas de salud mental. • Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización. • Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGTI). • Mapa de pobreza-FONCODES. (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza). • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar zonas/sectores de distritos riesgo).
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la actividad más relevante: Familias que reciben entrenamiento a través de sesión educativa en prácticas y entornos saludables que contribuyen a mejorar la Salud Mental
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto 11	**COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRANSTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000707)**					
Grupo poblacional que recibe el producto	Comunidades que cuentan con Juntas vecinales comunales **o** agentes comunitarios de Salud de sectores priorizados de distritos **en** riesgo de problemas de salud mental.					
Responsable del diseño del producto	MINSA - Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4, Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	**GN**	**(X)**	**GR**	**(X)**	**GL**	**( )**
Indicador de producción física de producto	Junta vecinal comunal conformada**, que implementa acciones para reducir la violencia familiar, el consumo de alcohol y la depresión.**					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Juntas Vecinal Comunal de distritos priorizados que implementa acciones para reducir la violencia familiar, el consumo de alcohol y/o la depresión.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Se refiere a aquella comunidad representada por la Junta Vecinal Comunal y Agentes Comunitarios de Salud que en el marco de la gestión comunal recibe asistencia técnica de personal de salud para estar informados, sensibilizados y capacitados para implementar acciones de promoción de comportamientos y entornos saludables e implementan acciones de vigilancia comunitaria para contribuir a disminución de los problemas de violencia familia, consumo de alcohol y depresión en la comunidad. Estas acciones se desarrollan en locales comunitarios u otros que considere pertinente. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades Actividad 1: COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRANSTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES Subfinalidad 1: Junta Vecinal Comunal activa y capacitada que promueve acciones de promoción de la salud mental, que incluye las siguientes tareas: • Abogacía con la Junta Vecinal Comunal conducido por el jefe del establecimiento de salud (1 reunión de 3 horas de duración). • Planificación participativa con la Junta Vecinal Comunal, Agentes Comunitarios de Salud organizaciones comunales y actores sociales de la comunidad (1 taller de 4 horas de duración). • Capacitación en temas de convivencia saludable, valores y buen trato y generación de entornos saludables para mejorar la salud mental en la comunidad, (1 taller de 4 horas de duración). • Monitoreo con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas en la promoción de prácticas y entornos saludables para la mejora de la salud mental (2 reuniones de 2 horas de duración cada una). • Evaluación con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas para la promoción de prácticas y entornos saludables (1 reunión de 3 horas de duración). Subfinalidad 2: Agentes Comunitarios de Salud activos y capacitados para promover acciones de promoción de la salud mental, que incluye las siguientes tareas: • Capacitación en rol del ACS para la implementación de la vigilancia comunitaria (1 sesión de 1 hora de duración). • Fortalecimiento de capacidades del Agente Comunitario en Salud, a través del Módulo 4, que consta de 3 sesiones: i) Prácticas saludables para la convivencia saludable, valores y buen trato, ii) Buenas prácticas de crianza para el cuidado psicoafectivo en niñas y niños, adolescentes y jóvenes y iii) Buenas prácticas de crianza para el cuidado psicoafectivo en adultos y adultos mayores. (1 taller de 12 horas de duración).					

Denominación del producto 11	**COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRANSTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000707)**
	• Monitoreo de las acciones que realiza el Agente Comunitario de Salud (2 reuniones de 2 horas de duración cada una). • Evaluación de las acciones implementadas por el Agente Comunitario de Salud para la promoción de prácticas y entornos saludables (1 reunión de 3 horas de duración) Para el desarrollo de estas tareas el personal requiere capacitación de 24 horas por año como mínimo.
2. Organización para la entrega del producto	• **MINSA:** Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto, así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • **GERESA/DIRESA/IGSS/DISAS LIMA METROPOLITANA:** Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • **DISA/RED DE SALUD /UNIDAD EJECUTORA:** Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Microredes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • **MICRORRED DE SALUD:** Brinda asistencia técnica, capacita a los Agentes Comunitarios de Salud en coordinación con el Establecimiento de Salud, monitorea y evalúa la entrega del producto. • **ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Juntas Vecinales Comunitarias y Agentes Comunitarios de Salud. • **COMUNIDAD:** Juntas Vecinales Comunales y Agentes Comunitarios de Salud implementan acciones de gestión comunal y vigilancia comunitaria para promover prácticas y entornos saludables orientados a la mejora de la salud mental de la población.
3. Criterios de programación	• 100% de las Juntas Vecinales Comunales (comunidades) de distritos de riesgo de problemas y/o trastornos de salud mental de acuerdo a la priorización que realice las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. Fuente de información para la programación: • Registro de Juntas Vecinales de la municipalidad distrital y/o provincial publicado en el portal institucional. • Registro de ACS en la jurisdicción del establecimiento de salud. • Reportes epidemiológicos y/o estadísticos o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) • (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la actividad más relevante: JUNTA VECINAL COMUNAL CAPACITADA QUE PROMUEVE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Denominación del producto 11	**COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRANSTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES (3000707)**
Flujo de procesos	

3.5 ACTIVIDADES, TAREAS E INSUMOS

El PP 0131 CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL, identifica 22 actividades como estratégicas que en forma conjunta garantizarán la provisión de los productos

Tabla 11. MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD/ACTIVIDAD

Denominación de la Actividad	
ACCIONES COMUNES	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL
	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS PARA EL ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES
	ACOMPAÑAMIENTO CLINICO PSICOSOCIAL
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS	TAMIZAJE DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES
	TAMIZAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 17 AÑOS CON DEFICIT EN SUS HABILIDADES SOCIALES, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y/O PROBLEMAS PSICOSOCIALES PROPIOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES
	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 03 A 17 AÑOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y/O PROBLEMAS PSICOSOCIALES PROPIOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS (DEPRESION Y CONDUCTA SUICIDA) Y DE ANSIEDAD
	TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE 5005192	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL
	TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL
	REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL
PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO PSICOTICO
	TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO PSICOTICO
	REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO ESQUIZOFRENICO
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS

JUDICIALIZADAS TRATADAS	
COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS	INTERVENCIONES COMUNITARIAS PARA LA RECUPERACION EMOCIONAL DE POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA
POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL	PREVENCION FAMILIAR DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LIMITES
	SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS
	SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑAS, NIÑOS
FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES	SESIONES EDUCATIVAS PARA PROMOVER PRACTICAS Y GENERAR ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL
COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES	AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS PROMUEVEN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

TABLA N° 12	**Modelo operacional de la actividad**
Denominación de la Actividad 1.1	**MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL**
Niveles de Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	Informe de monitoreo, supervisión, evaluación y control del Programa en Salud Mental.
Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Son actividades orientadas al control gerencial por niveles (nacional, regional o local) para el logro de los objetivos y resultados, implica impulsar la conducción de la institución hacia determinadas metas a partir de la planificación, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de los productos y resultados del programa presupuestal. Las actividades son

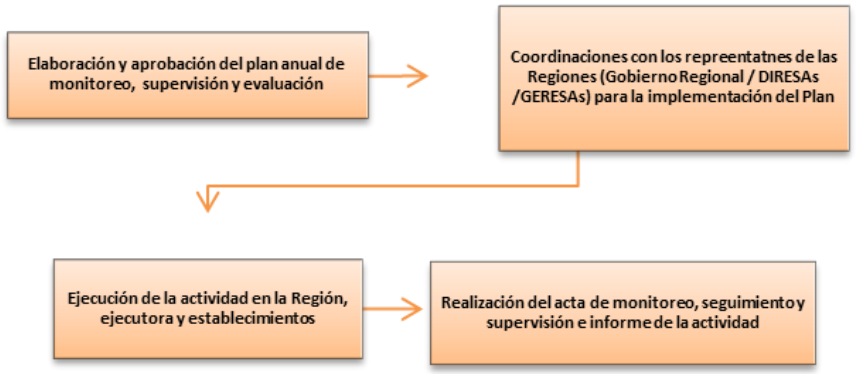
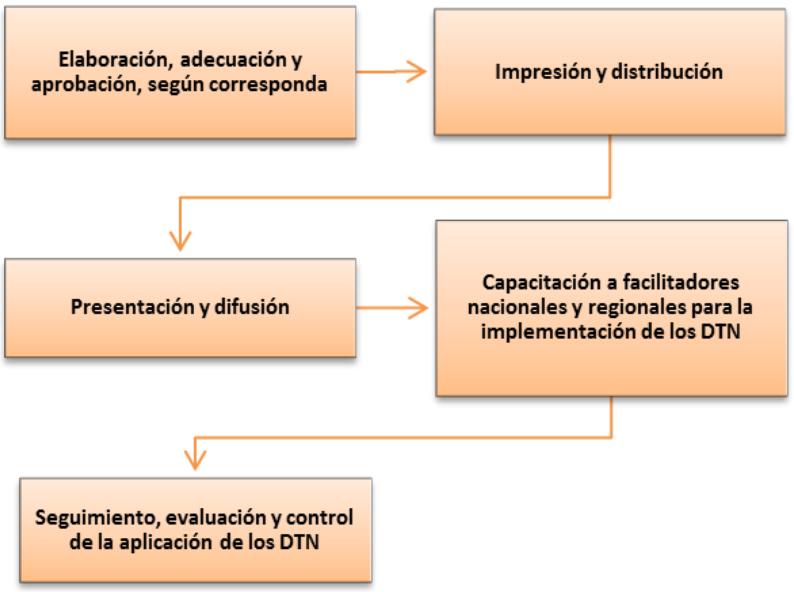
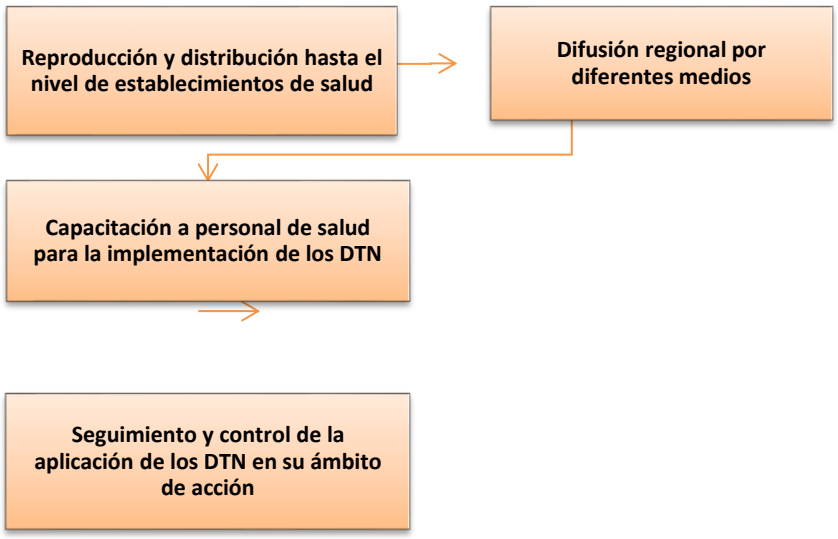
TABLA N° 12	Modelo operacional de la actividad
	desarrolladas por profesionales capacitados y organizados en equipo de gestión. Esta actividad comprende: ➢ **Monitoreo:** Es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión. Las acciones están dirigidas a monitorear especialmente los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecución presupuestal. ➢ **Supervisión:** Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local. ➢ **Evaluación:** Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con criterios rigurosos, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. ➢ Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el sector salud.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**Nivel nacional:** ➢ MINSA: Elabora el plan de supervisión y monitoreo anual, y coordina con el nivel regional. ➢ IGSS: Las redes elaboran el plan de supervisión y monitoreo anual. **Nivel regional:** ➢ DIRESA/GERESA/Redes elaboran el plan de supervisión y monitoreo anual. En ambos niveles ejecutan la actividad y elaboran el informe según corresponda.
3. Criterios de programación	6 informes, incluye: ➢ 1 informe de evaluación de gestión del programa presupuestal (anual). ➢ 1 informe de evaluación de las intervenciones (semestral). ➢ 4 informes trimestrales
4. Flujo de procesos	**Nivel Nacional:** 
5. Diagrama de Gantt	Anexo 12 – 1 – G De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente

TABLA N° 12	Modelo operacional de la actividad
	los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, enfermería, trabajador social u otro profesional de salud con competencias, y profesional con capacitación en epidemiología. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora portátil, impresora multifuncional, grabadora digital, proyector multimedia, y disco duro externo. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Asesor metodólogo, estadístico, encuestadores, digitación, impresiones, fotocopiado, courier, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de reuniones o multiuso. 6. Formatos: fichas de registro, actas de reunión, entre otros.

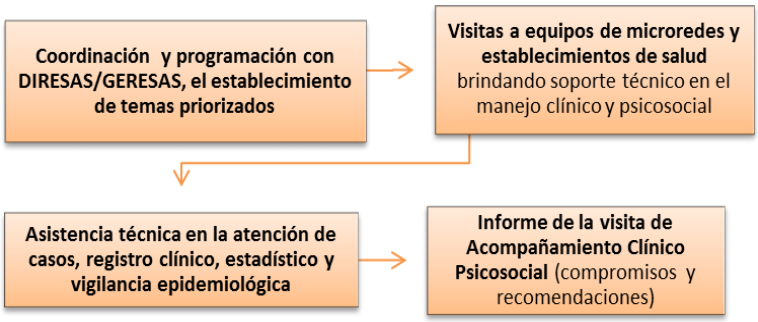
Modelo operacional de la actividad	
Denominación de la Actividad 1.2	**DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS PARA EL ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**
Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	Documentos técnicos normativos a ser aprobados en el período.
Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Consiste en el proceso de elaboración, validación aprobación, publicación, impresión, difusión y capacitación para la implementación de documentos técnicos a nivel nacional, en el marco de la RM N° 526-2011/MINSA. La formulación e implementación de documentos normativos busca establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar el proceso de atención a las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales. Es desarrollada por profesionales especializados en los niveles nacional y regional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos técnicos normativos, en el marco del Programa Presupuestal.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**Nivel nacional:** ➢ MINSA: Elabora, aprueba, publica, imprime, distribuye, presenta, difunde, y capacita a facilitadores nacionales y regionales; así como realiza el seguimiento, evaluación y control. ➢ IGSS: Reproducen, distribuyen, difunden y capacitan a los EESS, así como realizan el seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los documentos normativos a nivel de Lima metropolitana.

<table>
<tr><td colspan="2">Modelo operacional de la actividad</td></tr>
<tr><td></td><td>Nivel regional:
➢ DIRESAS/GERESAS y Redes: Reproducen, distribuyen, difunden y capacitan a los EESS, así como realizan el seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los documentos normativos a nivel regional y local.</td></tr>
<tr><td>3. Criterios de programación</td><td>Programar:
A nivel nacional:
➢ Número de documentos técnicos normativos (DTN) a ser aprobados en el período.
A nivel Regional:
➢ DIRESA/GERESA): Número de documentos técnicos normativos (DTN) aprobados por el nivel nacional el año anterior y que serán adecuados e implementados en el ámbito regional en el presente ejercicio.
➢ Redes de Salud: 01 informe por actividad realizada (capacitación /evaluación) de los DNT aprobados y/o adecuados.
➢ Seguimiento y control de la aplicación de los DTN a nivel regional y local.</td></tr>
<tr><td>4. Flujo de procesos</td><td>Nivel Nacional:
 

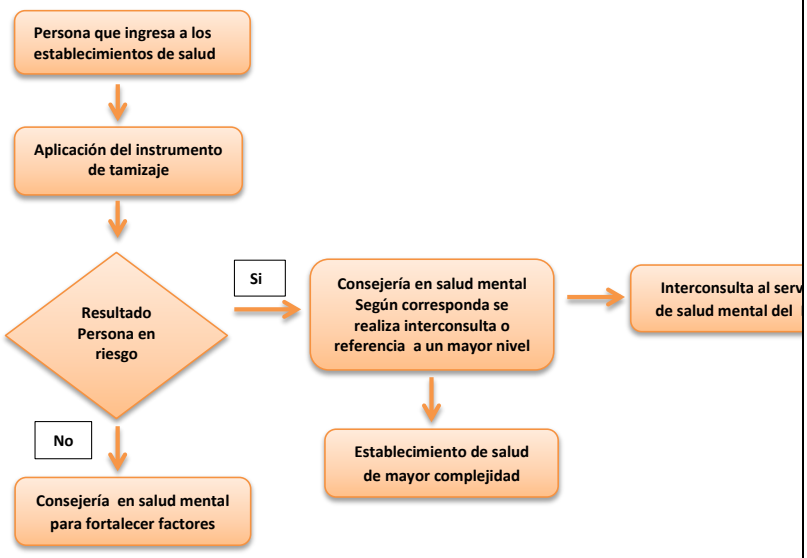
Nivel Nacional (IGSS) y Nivel Regional:</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Modelo operacional de la actividad</td></tr>
<tr><td></td><td> 
</td></tr>
<tr><td>5. Diagrama de Gantt</td><td>Anexo 12 – 1 – G
De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems:
➢ Identificador de tarea / proceso / acción
➢ Tarea / proceso / acción
➢ Unidad de medida
➢ Cantidad
➢ Fecha de inicio
➢ Fecha de término
➢ Responsable
➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt</td></tr>
<tr><td>6. Listado de Insumos</td><td>1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, enfermería, trabajador social u otro profesional de salud con competencias.
2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, escritorio, sillas, grabadora digital, proyector multimedia, y disco duro externo.
3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB.
4. Servicios: Asesor metodólogo, impresiones, fotocopiado, courier, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet,
5. Infraestructura / ambientes: Sala de reuniones y multiuso.
6. Formatos: Fichas de registro y asistencia, actas de reunión, entre otros.</td></tr>
</table>

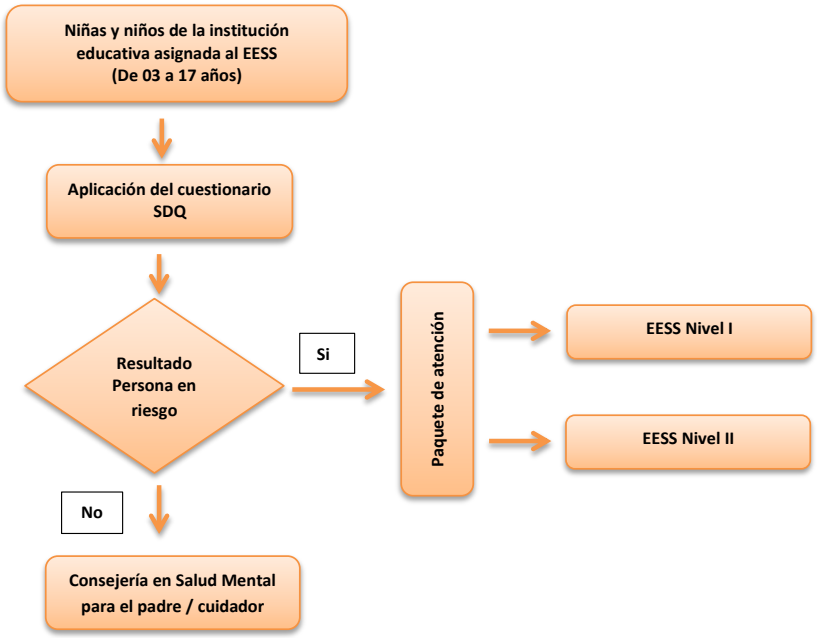
Modelo operacional de la actividad	
Denominación de la actividad 1.3	**ACOMPAÑAMIENTO CLINICO PSICOSOCIAL**
Gobierno que ejecutan la actividad	**GN (x)** **GR (x)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	Acompañamiento Clínico Psicosocial: Establecimientos de salud Vigilancia Epidemiológica: Informe
Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Acompañamiento clínico psicosocial: Implican un conjunto de actividades realizadas por equipos de servicios especializados del nivel nacional y regional (Centro de Salud Mental Comunitario, III-1, III-2; III-E, IGSS, DIRESA /GERESA y Red), dirigidas a los equipos interdisciplinarios de los establecimientos de salud categoría I-3 y I-4, con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales. Comprende: • Desarrollo de asistencias técnicas en la atención de casos. • La presentación y discusión de casos clínicos y/o de los programas de promoción y prevención, según corresponda. • Asistencia técnica para el registro clínico. • Asistencia técnica para el registro estadístico. • Asistencia técnica para la vigilancia epidemiológica. Corresponde al equipo técnico del nivel nacional y al regional según su capacidad, elaborar y ejecutar el plan de acompañamiento clínico psicosocial coordinado con el nivel regional. Esta actividad también incluye la **vigilancia epidemiológica** de los trastornos mentales y problemas psicosociales en salud pública, que es un proceso continuo y sistemático de colección, análisis e interpretación de los datos de casos sujetos a notificación obligatoria en las regiones del país, para conocer su tendencia, evolución e identificar las regiones geográficas y los grupos poblacionales más comprometidos, conocer el estado de salud actual de la población, identificar precozmente curvas y tendencias para su oportuna intervención y control. Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el sector salud. Comprende: • Generación de datos, en los puntos de atención (establecimiento de salud). • Investigación epidemiológica de los casos. • Procesamiento de la información. • Generación y difusión de informes epidemiológicos. • Elaboración mensual y anual del documento técnico de la situación epidemiológica y sus determinantes relacionados a los problemas psicosociales y trastornos mentales. • Elaboración unificada e implementación de la ficha epidemiológica de Salud Mental.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (IGSS) y regional (DIRESA/GERESA):** ➢ Se elabora un plan de acompañamiento clínico coordinado con el nivel regional, el cual se aplica en las redes, microredes y establecimientos de salud previa revisión de documentos clínicos y registros de información. ➢ Se acompaña al profesional de salud en la atención de usuarios y desarrollo de acciones de salud mental.

	➢ Los establecimientos de salud a cargo del acompañamiento clínico psicosocial deberán presentar un informe anual sobre el acompañamiento clínico psicosocial y las recomendaciones; así como realiza el registro estadístico en el HIS.
3. Criterios de programación	➢ Se programará el 25% de establecimientos I-3 y I-4 (priorizados por la DIRESA/GERESA, Red) Mínimo tres (03) visitas anuales por establecimiento de salud priorizado. ➢ 02 informe por año (01 semestral y 01 anual)
4. Flujo de procesos	**nivel nacional y regional:** 
5. Diagrama de Gantt.	Anexo 12 – 1 – G De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt
6. Listado de insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, enfermería, trabajo social u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora portátil, impresora multifuncional, armario, mesa, escritorio, silla, grabadora digital, proyector multimedia, cámara fotográfica y disco duro externo. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, courier, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Formatos: fichas de registro, asistencia, actas de reunión, entre otros.

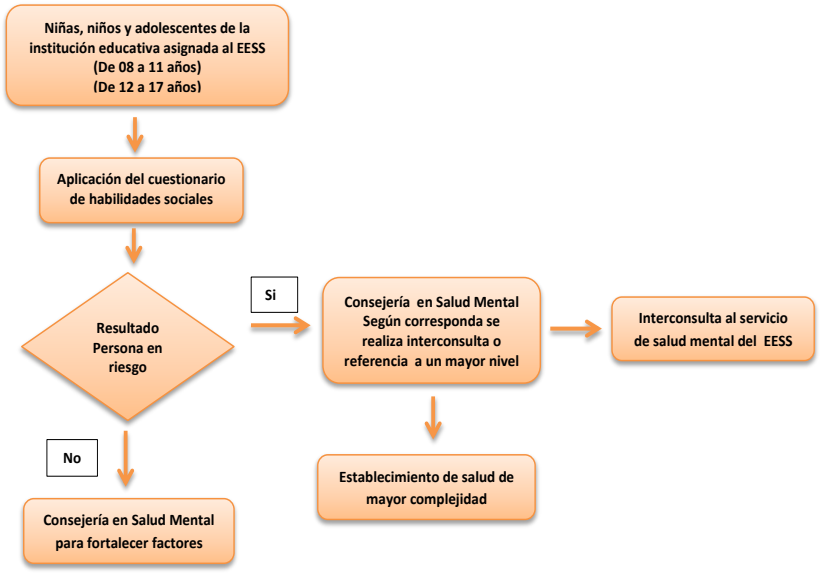
Modelo operacional de la actividad	
Denominación de la Actividad 2.1	**TAMIZAJE DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Persona Tamizada**
Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Es una actividad desarrollada por el personal de salud capacitado (I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2, INEN), con la finalidad de hacer una detección temprana y oportuna de los problemas psicosociales y/o trastornos de salud mental en la población. Esta actividad comprende: - Aplicación de la ficha de tamizaje en Salud Mental: Proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica aprobada por el Ministerio de Salud (SRQ 18, CAGE, AUDIT, VIF y Maltrato Infantil, FAGERSTROM). El tiempo de aplicación es de 10 minutos, y se aplica un tamizaje de acuerdo a la necesidad del usuario una por vez. - Consejería en Salud Mental: Procedimiento mediante el cual se brinda pautas determinadas que ayudan a la persona a tomar decisiones en relación a determinados problemas de salud mental. Tiene una duración de 10 minutos y se realiza inmediatamente después de efectuado el tamizaje. Es desarrollada en el establecimiento de salud por un personal de salud con competencias. El resultado de los tamizajes en caso se ser positivo darán inicio al proceso de intervención en salud mental a la población afectada por algún problema detectado.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Cuenta con los instrumentos para tamizajes de salud mental que forman parte de las Guías de Práctica Clínica – GPC. ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regional:** ➢ Los establecimientos de salud del nivel I, II y III realizan la actividad y el registro estadístico HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ En las DIRESAS/GERESAS/Redes, realiza el monitoreo y control del desarrollo de la presente actividad.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará reportes estadísticos (HIS) del establecimiento de salud o centro de costo, del año anterior, considerando: ➢ 30% del total de atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud., en el año anterior.

Modelo operacional de la actividad	
4. Flujo de procesos	**Nivel I, II y III:** 
5. Diagrama de Gantt	Anexo 12 – 1 – G De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de salud con competencias 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, mesa, escritorio y sillas. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado. **5.** Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, y consultorio. **6.** Formatos: HIS, SRQ, VIF, AUDIT.

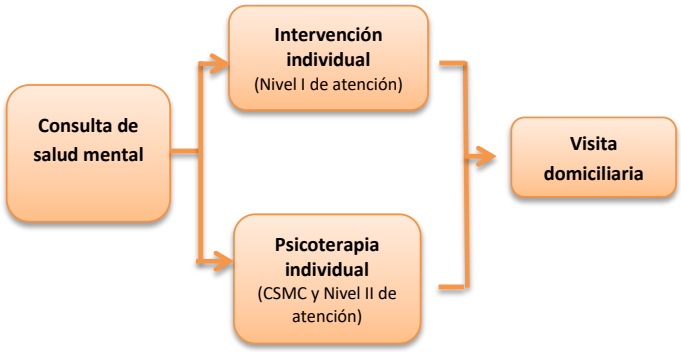
Modelo operacional de la actividad	
Denominación de la Actividad 2.2	**TAMIZAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 17 AÑOS CON DEFICIT EN SUS HABILIDADES SOCIALES, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y/O PROBLEMAS PSICOSOCIALES PROPIOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**
Gobierno que entregan el producto completo	GN (X) GR (X) GL
Unidad de medida del Indicador de producción física	PERSONA TAMIZADA.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Esta actividad es desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención, una vez al año, con el objetivo de detectar a los/las niños, niñas y adolescentes de 03 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales. La actividad es desarrollada en el establecimiento de salud, institución educativa y/o comunidad. Comprende: - La aplicación de los siguientes cuestionarios: • Para niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años, aplicación de Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) al padre, madre o cuidador a fin de identificar oportunamente a niños, niñas y adolescentes del nivel inicial y primaria en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental en las instituciones educativas. El tiempo de aplicación es aproximadamente 30 minutos, y está a cargo de un psicólogo. En este caso se aplica en las instituciones educativas, y tiene una duración de 30 minutos. • Para niños (8 a 11 años) y adolescente (12 a 17 años), aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales y Consejería en salud mental según grupo de edad. En este caso se aplica en los establecimientos de salud a partir del nivel I-1, y tiene una duración de 45 minutos. - Consejería en Salud Mental • Para quienes se aplicó el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ), actividad dirigida a los padres, tutores, cuidadores y docentes con el propósito de informar acerca del perfil socioemocional del niño, niña y ayudar a tomar decisiones sobre la situación de salud mental, tiene una duración de 20 minutos. Si el caso es positivo se procederá a la derivación al establecimiento de salud del primer nivel que cuenten con médico y psicólogo capacitado. • Se realiza con niños y adolescentes que resulten como casos positivos o negativos en el cuestionario de Habilidades Sociales, y tiene una duración de 10 minutos. Si el caso es positivo participara en las sesiones de entrenamiento en Habilidades Sociales.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Se cuenta con el cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ) en el marco del Plan de Salud Escolar. ➢ Se cuenta con los cuestionarios de Habilidades Sociales que forman parte de los Manuales de Entrenamiento de Habilidades Sociales. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y nivel regional:** ➢ En los establecimientos de salud del nivel I y II a nivel nacional y regional que cuenten con médicos y psicólogos capacitados, se desarrollará esta actividad, y realiza el Registro Estadístico HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad.

<table>
<tr><th colspan="2">Modelo operacional de la actividad</th></tr>
<tr><td></td><td>➢ En las DIRESAS/GERESAS/Redes, realiza el monitoreo y control del desarrollo de la presente actividad.</td></tr>
<tr><td>3. Criterios de programación</td><td>Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico (HIS) del establecimiento de salud, del año anterior, considerando:
➢ 10% de la población entre 3 a 17 años sujeta a programación (60% de la población asignada según INEI) de cada establecimiento de salud o centro de costo, del año anterior</td></tr>
<tr><td>4. Flujo de procesos</td><td>A partir del nivel I-3
Para niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años, aplicación de Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ):
 

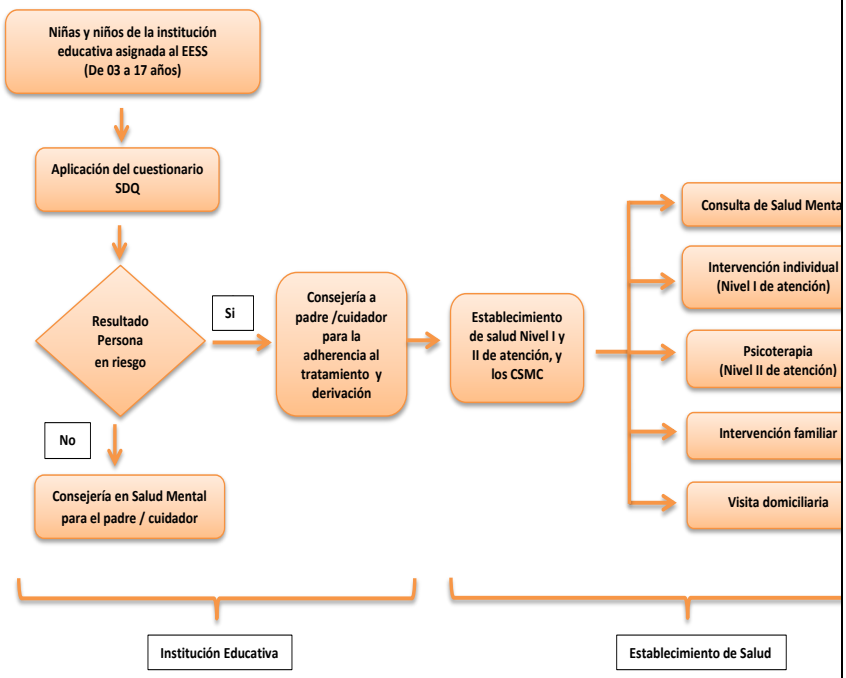
A partir del Nivel I-1
Para niños (8 a 11 años) y adolescente (12 a 17 años), aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales y Consejería en salud mental según grupo de edad:</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Modelo operacional de la actividad</td></tr>
<tr><td></td><td> 
</td></tr>
<tr><td>5. Diagrama de Gantt</td><td>Anexo 12 – 1 – G
De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems:
➢ Identificador de tarea / proceso / acción
➢ Tarea / proceso / acción
➢ Unidad de medida
➢ Cantidad
➢ Fecha de inicio
➢ Fecha de término
➢ Responsable
➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt</td></tr>
<tr><td>6. Listado de Insumos</td><td>1. Recursos humanos: Profesional de psicología, u otro profesional de salud con competencias.
1. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, mesa, escritorio y sillas.
2. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB.
3. Servicios: Impresiones, fotocopiado.
4. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, y consultorio.
5. Formatos: HIS, cuestionario de fortalezas y dificultades, y cuestionario de habilidad sociales</td></tr>
</table>

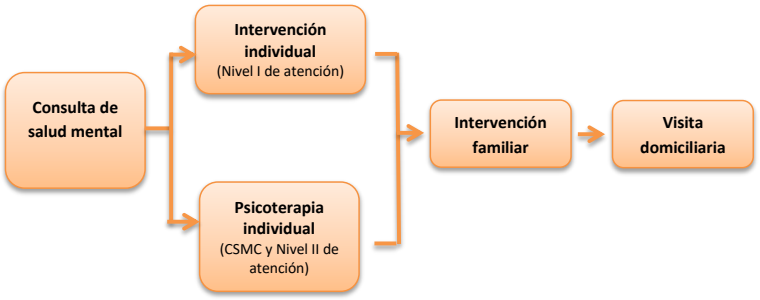
Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
Denominación de actividad 3.1	**TRATAMIENTO DE PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES**
Gobierno que ejecutan la actividad	**GN (x)** **GR (x)** **GL ( )**
Indicador de producción física	**Persona atendida por problemas psicosociales**
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a las personas con tamizaje positivo en problemas psicosociales (violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales). Esta actividad es desarrollada por un profesional de salud con competencias, a partir de los establecimientos de salud del nivel I-3. El paquete de atención de la presente actividad, incluye: ➢ **Consulta de salud mental** (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios): Consiste en la evaluación de los casos con tamizaje positivo, donde se valora la complejidad del problema, y se elabora el plan de intervención. Se realiza en 01 sesión como mínimo y tiene una duración de 30 minutos. ➢ **Intervención individual en salud mental** (1° nivel de atención): Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (Enfermera, Obstetra, Trabajadora social, y otros), que tiene por objetivo abordar los problemas psicosociales identificados. Esta actividad es realizada en 05 sesiones como mínimo y tiene una duración de 30 minutos. ➢ **Psicoterapia individual** (Centros de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo con formación en psicoterapia, se realiza en 05 sesiones como mínimo, y tiene una duración de 45 minutos cada una. En el caso de los CSMC se realizarán 10 sesiones, solo en aquellos que cuenten con profesionales que tienen la especialización en psicoterapia. ➢ **Visita Domiciliaria** (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios)**:** Es la visita familiar integral, actividad a cargo de un personal de salud con competencias, dirigida a la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento. Se realiza una visita como mínimo, y tiene una duración de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención).
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regional:** ➢ Los EESS del I-3, I-4, II y III nivel de atención, y los Centros de Salud Mental Comunitarios, brindan el paquete de atención, y realizan el Registro Estadístico HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial. ➢ Direcciones de redes y DIRESAs/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad.

Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
3. Criterios de Programación	Para la programación de la meta física se utilizará el reporte estadístico (HIS) del establecimiento de salud, del año anterior, considerando: Tratamiento integral y ambulatorio de personas con problemas psicosociales se programará: ➢ 20% adicional del número de casos de violencia familiar atendidos el año anterior.
4. Flujo de procesos	A partir del nivel I-3 
5. Diagrama de Gantt.	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt
6. Listado de insumos	2. Recursos humanos: Profesionales de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, enfermería, trabajo social u otro profesional de salud con competencias. 3. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, mesa de trabajo, escritorio, sillas. 4. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 5. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 6. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 7. Formatos: HIS, historia clínicas y formatos de visita domiciliaria en salud mental.

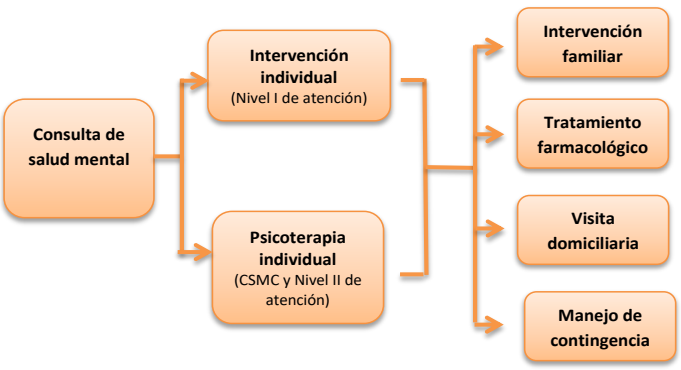
Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
Denominación de la Actividad 3.2	**TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 03 A 17 AÑOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y/O PROBLEMAS PSICOSOCIALES PROPIOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Persona Tratada**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a niñas, niños y adolescentes con tamizajes positivos (SDQ) con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia (ansiedad, depresión, déficit de atención, hiperactividad, trastorno de la conducta y problema psicosocial). Es desarrollada por un profesional de salud (médico y psicólogo) con competencias, de los Centros de Salud Mental Comunitario y a partir de los establecimientos de salud I-3 en adelante preferentemente. El paquete de atención de la presente actividad, incluye: ➢ **Consulta de salud mental** (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios): realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas y niños entre 3 y 11 años niñas que presentan trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales. Es realizada en 02 sesiones: la primera con una duración de 45 minutos como mínimo y la segunda sesión de 30 minutos como mínimo. ➢ **Intervención individual en salud mental** (1° nivel de atención): es un procedimiento terapéutico realizado por un psicólogo(a). Se desarrollará en 02 sesiones como mínimo y tiene una duración de 45 minutos. ➢ **Psicoterapia individual** (Centros de Salud Mental Comunitarios y 2° nivel de atención): es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo (a) con formación. Comprenden 02 sesiones como mínimo, y tiene una duración de 45 minutos cada una. En el caso de los CSMC se realizarán 10 sesiones, solo en aquellos que cuenten con profesionales que tienen la especialización en psicoterapia. ➢ **Intervención familiar** (nivel I, II y III de atención y en los Centros de Salud Mental Comunitarios)**:** Dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un psicólogo (a) en los establecimientos de salud. Se realiza en 03 sesiones como mínimo y tiene una duración de 45 minutos. ➢ **Visita domiciliaria** (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios)**:** Es la visita familiar integral, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. Esta actividad es realizada una vez como mínimo, con un tiempo de 90 minutos, (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud con competencias.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:**

Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
	➢ Los EESS nivel I, II, III y los Centros de Salud Mental Comunitario, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se utilizará reportes estadísticos (HIS) del establecimiento de salud o centro de costo, del año anterior, considerando: ➢ 10% adicional de casos de niños y adolescentes de 3 a 17 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia (se considera la clasificación CIE 10: F93.9, F91.9, F90.9, Z73.5, Z73.4)
4. Flujo de procesos	**A partir del nivel I-3:** 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt

Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, enfermería, trabajo social u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, sillas, escritorio, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención.
Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 4.1	**TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS (DEPRESION Y CONDUCTA SUICIDA) Y DE ANSIEDAD**
Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas que reciben atención ambulatoria con trastornos afectivos y de ansiedad**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos que presentan: episodio depresivo (CIE 10: F32, F33, F34 y F38), conducta suicida (CIE 10: X60 al X84) y los trastornos de ansiedad (CIE10: F40 al F48). Esta actividad es desarrollada por un profesional de salud con competencias, a partir de los establecimientos de salud del nivel I-2 incluye a los Centros de Salud Mental Comunitario en adelante. El paquete de atención de la presente actividad, incluye: ➢ **Consulta mental** (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios): Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente que presenta un trastorno afectivo o un trastorno de ansiedad. Esta actividad se realiza en 04 sesiones, con una duración de 30 minutos la primera consulta y los 03 restantes con una duración de 20 minutos cada una. ➢ **Intervención individual** (Nivel I de atención): Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental. Esta actividad tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo. ➢ **Intervención familiar** (nivel I, II y III de atención y en los Centros de Salud Mental Comunitarios)**:** Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud con competencias y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 02 sesiones como mínimo. ➢ **Psicoterapia individual** (Centro de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): Es la intervención terapéutica realizada por un profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos afectivos y de ansiedad. Esta actividad se realiza en 06 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión. En el caso de los CSMC se realizarán 10 sesiones, solo en aquellos que cuenten con profesionales que tienen la especialización en psicoterapia.

Producto	POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD
	➢ **Visita domiciliaria** (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios): Es la visita familiar integral, actividad dirigida a la familia del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento Esta actividad es realizada dos veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud con competencias
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel I-2 y los Centros de Salud Mental Comunitario, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Según reporte estadístico (HIS) del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 10% adicional del número de casos con trastornos afectivos y de ansiedad atendidos ambulatoriamente el año previo.
4. Flujo de procesos	**A partir del Nivel I-2:** 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt

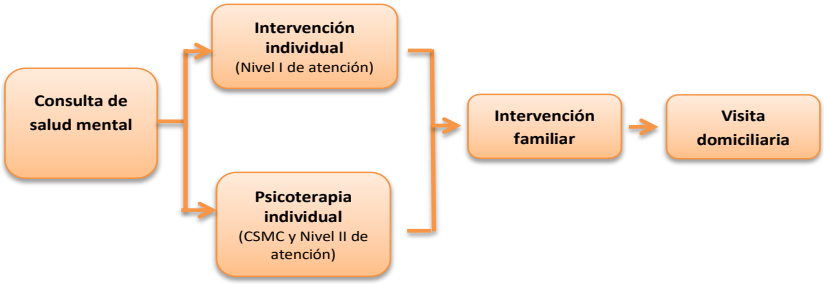
Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de Medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, Engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención.
Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 4.2	**TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas con internamientos que reciben el paquete completo con trastornos afectivos y de ansiedad**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención con internamiento para pacientes agudos con trastornos afectivos que presentan episodio depresivo (CIE10: F32, F33, F34 y F38); conducta suicida (CIE 10: X60 al X84) y el trastorno de ansiedad (F40 al F48), que requieren de internamiento de un establecimiento de salud a partir del 2° nivel de atención. El paquete de atención de la presente actividad, incluye: ➢ Consulta médica de salud mental (Centro de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 30 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 20 minutos cada una. ➢ Intervención individual (Nivel I de atención): Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo coadyuvar al tratamiento con enfoque clínico psicosocial. Esta actividad tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 10 sesiones como mínimo. ➢ Intervención familiar (Centro de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo. ➢ Psicoterapia individual (Centro de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): Es la intervención terapéutica realizada por un profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos afectivos y de ansiedad. Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión Asimismo se promueve la aplicación del siguiente esquema psicoterapéutico: ➢ Terapia cognitivo-conductual: Sesiones individuales o colectivas semanales de 45 minutos como mínimo cada sesión. La estrategia se basa en enseñar habilidades para enfrentar situaciones de depresión, conducta suicida y de ansiedad que puedan interferir con el éxito del tratamiento. ➢ Visita domiciliaria: (II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios): Es la visita familiar integral, actividad dirigida a la familia del

Producto	POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD
	paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento. Esta actividad es realizada tres veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud. ➢ Tratamiento psicofarmacológico de casos leves y moderados (Centro de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): ➢ Manejo de contingencia (Nivel I de atención): - Grupos de auto-ayuda: Los grupos que siguen los principios con evidencia científica constituyen un eje importante en el abordaje de los trastornos afectivos y de ansiedad. - Referencia a niveles superiores de casos de mayor complejidad. - Control y seguimiento de los casos contra-referidos desde los niveles superiores.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel II, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Según reporte estadístico (HIS) del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 10% adicional del número de casos con trastornos afectivos y de ansiedad que requirieron internamiento el año previo.
4. Flujo de procesos	**Nivel II-1 en adelante:** 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción

Producto	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD**
	➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, sillas, escritorio y mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, e internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 5.1	**TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL**
Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas que reciben atención ambulatoria con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol.**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención que se brinda a personas con tamizaje positivo en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol. Esta actividad es desarrollada por un profesional de salud con competencias de los Centros de Salud Mental Comunitario, y a partir de los establecimientos de salud del nivel I-2 en adelante. El paquete de atención ambulatorio de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol incluye el desarrollo de las siguientes actividades: ➢ Consulta médica de salud mental (nivel I-2, I-3, I-4, II y III de atención y en los Centros de Salud Mental Comunitarios): Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se realiza en 04 sesiones con una duración de 40 minutos la primera consulta y los 03 restantes de una duración de 20 minutos cada una. ➢ Intervención individual (Nivel I-2, I-3 y I-4 de atención): Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental. Tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 sesiones como mínimo.

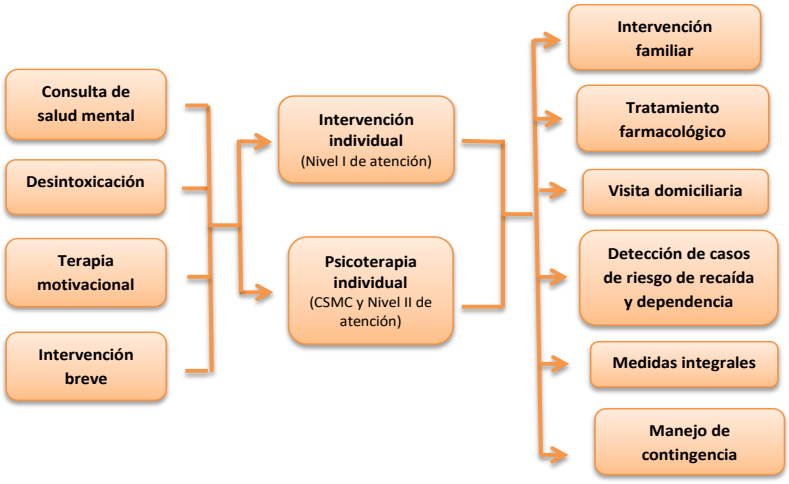
Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE
	➢ Intervención familiar (nivel I-2, I-3, I-4, II y III de atención y en los Centros de Salud Mental Comunitarios)**:** Actividad dirigida a la familia con el objetivo de mejorar las relaciones entre los integrantes, sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 02 sesiones como mínimo. ➢ Psicoterapia individual (Centros de Salud Mental Comunitario y 2° nivel de atención): Es la intervención terapéutica realizada por un profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. Esta actividad se realiza en 06 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión. En el caso de los CSMC se realizarán 10 sesiones, solo en aquellos que cuenten con profesionales que tienen la especialización en psicoterapia. ➢ **Visita domiciliaria** (I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y los Centros de Salud Mental Comunitarios): Es la visita familiar integral, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. Esta actividad es realizada una vez como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel I-2 y los Centros de Salud Mental Comunitario, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	**Según reporte estadístico (HIS) del establecimiento de salud, del año anterior, se programará:** ➢ 20% adicional del número de casos con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol atendido ambulatoriamente el año anterior.

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
4. Flujo de procesos	**A partir del Nivel I-2** 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

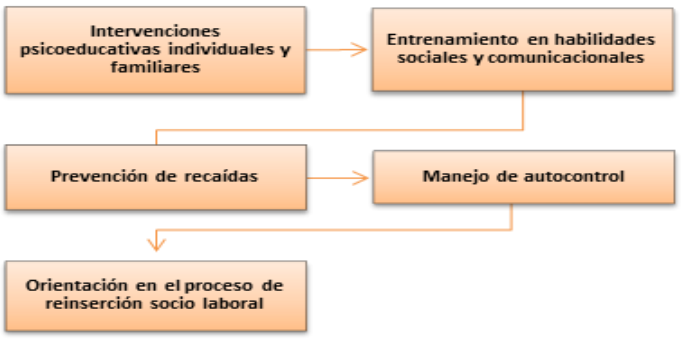
Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 5.2	**TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas con internamientos por trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol.**

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Atención que se brinda a pacientes agudos con trastornos del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (se considera la clasificación del CIE10 del F10, que requieren de internamiento en un establecimiento de salud a partir del nivel II de atención. El paquete de atención con internamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol incluye el desarrollo de las siguientes actividades: ➢ **Consulta médica** (Nivel II de atención): Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una. ➢ **Intervención individual** (Nivel I de atención): Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo coadyuvar al tratamiento con enfoque clínico psicosocial. Esta actividad tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 10 sesiones como mínimo. ➢ **Terapia y/o Entrevista Motivacional** (Nivel II de atención): Consiste en 1 a 4 sesiones individuales de 45 a 90 minutos cada una, con un afronte no-directivo, realizado por un profesional de la salud con competencias. Las claves del tratamiento son manifestaciones de empatía, uso de la reflexión, afirmación, reforzamiento y enfrentamiento a la resistencia. Esta forma sistemática de intervención está diseñada para producir un cambio rápido basado en la motivación del paciente. No trata a la persona, sino que intenta movilizar sus propios recursos para cambiar e involucrarse en un tratamiento. ➢ **Intervención familiar** (Nivel II de atención): Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud, tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo. ➢ **Psicoterapia individual** (Nivel II de atención): Es la intervención terapéutica realizada por un profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo y tiene una duración de 45 minutos cada sesión. ➢ Terapia cognitivo-conductual (Nivel II de atención): Sesiones individuales o colectivas semanales de 45 a 60 minutos cada una, realizada por un profesional de la salud con formación cognitiva-conductual y con competencias para el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. La estrategia se basa en enseñar habilidades para dejar la sustancia y evitar o enfrentar problemas que puedan interferir con el éxito del tratamiento. Por lo tanto, busca que la gente aprenda a identificar y corregir conductas problemáticas con el objeto de mejorar su auto-control, detener el consumo de alcohol y enfocar los problemas que a menudo concurren en esta situación. ➢ **Visita domiciliaria** (Nivel II de atención): Es la visita familiar integral, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. Es realizada tres veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud. ➢ Desintoxicación de casos leves y moderados (Nivel II de atención). ➢ Intervención breve para personas que presentan consumo perjudicial de alcohol y sustancias psicótropas (Nivel II de atención). ➢ Detección de casos en riesgo de recaída (Nivel II de atención). ➢ Detección de casos de dependencia (Nivel II de atención).

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE
	➢ Tratamiento psicofarmacológico de casos leves y moderados de adicción (Nivel II de atención). ➢ Implementar medidas integrales para reducir los efectos perjudiciales del consumo de sustancias psicótropas (Nivel II de atención). ➢ Implementación de programas de motivación para que los pacientes sigan tratamiento en niveles de mayor complejidad asistencial (Nivel II de atención). ➢ Organización de grupos de soporte público (casas de medio camino, etc.) o privado (Nivel II de atención). ➢ Manejo de contingencia (Nivel II de atención): Forma parte de las terapias conductuales, mediante la cual se busca aumentar la abstinencia a base de refuerzos tangibles asociados al logro de mayores tiempos de abstinencia. Así, se monitorea con frecuencia si el paciente se mantiene libre de consumo y se le dan refuerzos positivos cada vez que se comprueba que el estado de abstinencia se mantiene (Nivel II de atención). ➢ Grupos de auto-ayuda (Nivel II de atención): Los grupos que siguen los principios con evidencia científica constituyen un eje importante en el abordaje contemporáneo del tratamiento de las adicciones. ➢ Terapia de prevención de recaídas (Nivel II de atención): Generalmente se ofrece en grupos con una duración hasta 90 minutos siguiendo una estructura definida que incluye ejercicios de interacciones y discusiones. El formato puede adecuarse a tratamientos individuales en citas más cortas. Una meta primaria de esta forma de intervención es estabilizar al paciente desde el punto de vista físico, psicológico y social. ➢ Referencia a niveles superiores de casos de mayor complejidad (Nivel II de atención). Por ejemplo, pacientes con múltiples recaídas, con comorbilidad psiquiátrica severa, múltiples adicciones, adicciones atípicas y situaciones especiales como gestación/lactancia. ➢ Control y seguimiento de los casos contra-referidos desde los niveles superiores (Nivel II de atención).
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel II, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Según reporte estadístico (HIS) del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 20% adicional del número de casos con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol que requirieron internamiento el año previo.

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE
4. Flujo de procesos	A partir del nivel II: 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, e internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 5.3	**REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL.**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol atendidas en programas de rehabilitación**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Conjunto de intervenciones que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol desde la valoración del funcionamiento global hasta el desarrollo de sesiones periódicas de intervención múltiple e interdisciplinaria para la mejora del funcionamiento psicosocial de la persona. En dichas sesiones semanales se incorporan intervenciones psicoeducativas individuales y familiares, entrenamiento en habilidades sociales y comunicacionales, prevención de recaídas y manejo de autocontrol, así como orientación para el proceso de reinserción socio laboral. Se desarrolla en los Centros de Salud Mental Comunitarios y en los establecimientos de salud I-4, II-1, II-2, III-1, III-2, y en los Centros de Salud Mental Comunitarios. Incluye: • Psicoterapia individual, grupal y familiar por profesionales de la salud. • Taller de rehabilitación psicosocial. • Terapia ocupacional.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los Centros de Salud Mental Comunitarios y en los EESS a partir del nivel II, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	➢ 60% de las personas detectadas con discapacidad mental por trastorno del comportamiento por consumo de alcohol acceden al programa de rehabilitación psicosocial.
4. Flujo de procesos	En los Centros de Salud Mental Comunitarios y a partir del nivel I-4 

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones, grabadora digital, proyector multimedia, y disco duro externo. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 6.1	**TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO PSICOTICO**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas que reciben atención ambulatoria con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia**).
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención por consultorio externo que se brinda a personas con tamizaje positivo en síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia). Esta actividad es desarrollada por un profesional de salud con competencias, a partir de los establecimientos de salud del nivel I-2 en adelante, incluye a los Centros de Salud Mental Comunitario. El paquete de atención ambulatorio de pacientes con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia), en el nivel I-2, I-3 y I-4, incluye: ➢ Consulta médica: Realizada en el establecimiento de salud por un médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una. ➢ Intervención familiar: Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE
	recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo. ➢ Visita domiciliaria: Es la visita familiar integral, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. Esta actividad es realizada dos (02) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud. El paquete de atención ambulatorio de pacientes con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia) en los Centros de Salud Mental comunitarios y el nivel II de atención, incluye: ➢ Consulta médica especializada: Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una. ➢ Intervención familiar: Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud en los establecimientos de salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo. ➢ Visita domiciliaria: Es la visita familiar integral, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud. ➢ Organización de grupos de soporte público (casas de medio camino, etc.) o privado. Clubes sociales. ➢ Implementación de actividades de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades sociales. ➢ Referencia y Contrareferencia.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel I-2 y los Centros de Salud Mental Comunitario, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Según reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 20% adicional del número de casos con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia) atendidos ambulatoriamente el año previo.

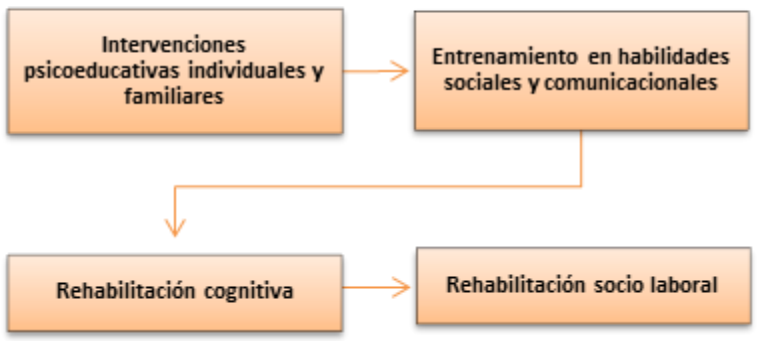
Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
4. Flujo de procesos	**Nivel I-2, I-3 y I-4:** **Nivel II, III y Centros de Salud Mental Comunitarios:**
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, pasajes locales, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Denominación de la Actividad 6.2	**TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PERSONAS CON SÍNDROME O TRASTORNO PSICÓTICO**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de personas internadas con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia).**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es la atención con internamiento que se brinda a personas con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia). Esta actividad es desarrollada por un profesional de salud con

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE
	competencias, a partir de los establecimientos de salud del nivel II-1 y en los Hogares Protegidos. El paquete de atención incluye el desarrollo de las siguientes actividades: ➢ Consulta médica y/o especializada: Realizada en el establecimiento de salud por un médico o psiquiatra con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta actividad se realiza en 06 sesiones, con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una. ➢ Internamiento corto de pacientes con psicosis aguda. ➢ Manejo de las interconsultas. ➢ Intervención familiar: Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo. ➢ Visita domiciliaria: Es la visita familiar integral, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. Esta actividad es realizada tres veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud. ➢ Organización de grupos de soporte público (casas de medio camino y etc.) o privado. Clubes sociales. ➢ Implementación de actividades de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades sociales. ➢ Referencia y Contrareferencia.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel II y en los Hogares Protegidos, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Según reporte estadístico del establecimiento de salud, del año anterior, se programará: ➢ 20% adicional del número de casos con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia) que requirieron internamiento el año previo.
4. Flujo de procesos	**Nivel II-1 en adelante:**

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, pasajes locales, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

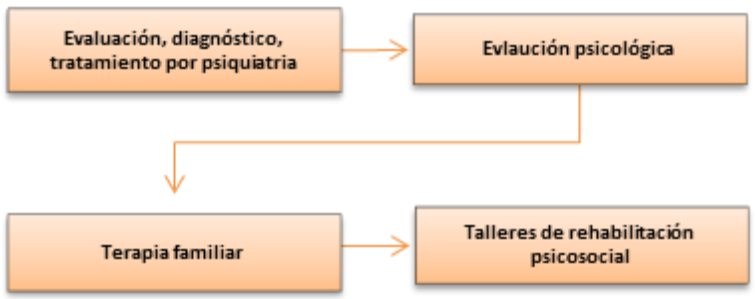
Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE
Denominación de la Actividad 6.3	**REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO ESQUIZOFRENICO**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Número de persona con trastornos psicóticos atendidos en el programa de rehabilitación psicosocial de su red.**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Conjunto de intervenciones que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas con trastorno psicótico desde la valoración y desarrollo del funcionamiento global mediante sesiones periódicas de intervención múltiple e interdisciplinaria, incidiendo en el autocuidado, mejora del autocontrol y relaciones interpersonales, funcionamiento cognoscitivo y autonomía social y laboral. En dichas sesiones semanales se incorpora intervenciones psicoeducativas individuales y familiares, entrenamiento en habilidades sociales, rehabilitación cognitiva y socio laboral. Se considera un periodo mínimo de dos años.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE
	➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los Centros de Salud Mental Comunitarios y en los EESS a partir del nivel II, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ DIRESAs/GERESAs/Redes realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Del reporte HIS de morbilidad del año anterior y reporte del programa de rehabilitación psicosocial de la ESNSM, se programará: ➢ 20% de las personas detectadas con discapacidad mental por trastorno psicótico acceden al programa de rehabilitación psicosocial + 30% de las personas con discapacidad mental por trastorno psicótico que se encuentran en seguimiento en el programa de rehabilitación psicosocial.
4. Flujo de procesos	En los Centros de Salud Mental Comunitarios y a partir del nivel I-4 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias.

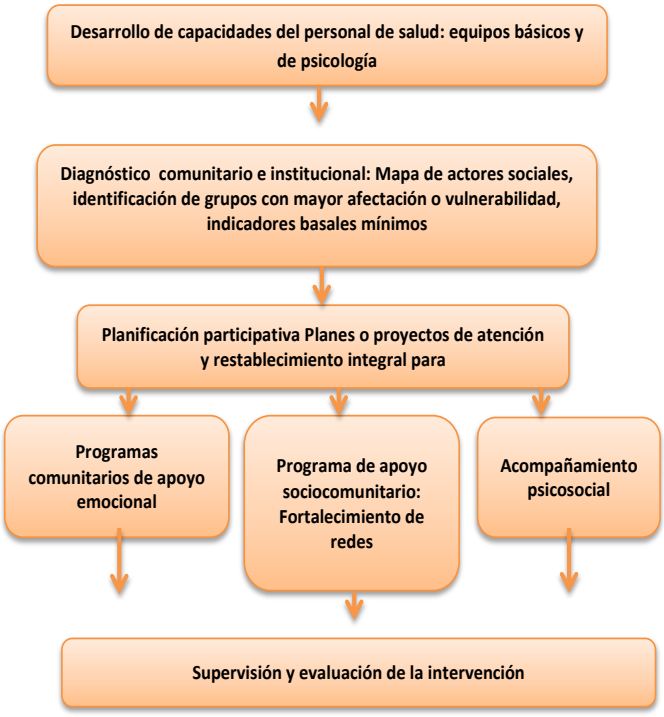
Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE
	2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención

Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS
Denominación de la Actividad 7.1	**TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (X)** **GR (X)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	
Modelo operacional del producto	

1. Definición operacional	El tratamiento de personas judicializadas (inimputables) con trastornos psicóticos comprende la detección, evaluación y diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de salud mental, a cargo de profesionales de la salud con competencias desde el nivel II de atención y los Centros de Salud Mental Comunitarios, incluye:
	➢ **Evaluación, diagnóstico, tratamiento por psiquiatra (farmacológico y psicosocial)**. Realizada en 09 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 08 restantes de una duración de 30 minutos cada una. Durante seis a ocho semanas aproximadamente y luego de acuerdo a la evolución clínica.
	➢ **Evaluación psicológica**: es el procedimiento terapéutico realizado por un psicólogo, aporta con el diagnóstico y el abordaje psicológico de los problemas identificados. Esta actividad es desarrollada en los establecimientos de salud especializados en 06 sesiones de 30 minutos cada una
	➢ **Terapia Familiar:** Actividad dirigida a la familia en el periodo de rehabilitación con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional especializado en el tema (trabajadora social o psicólogo) tiene una duración de 40 a 60 minutos y es realizada en 02 sesiones como mínimo.
	➢ **Talleres de rehabilitación psicosocial**. Comprende:
	  ➢ Sesiones de actividades para la vida diaria, autocuidado y manejo de la medicación: De 02 horas de duración aprox. Realizada por un profesional especializado en rehabilitación (enfermera o terapeuta ocupacional) Esta actividad es desarrollada en los establecimientos de salud con servicios de psiquiatría.
	  ➢ Sesiones de entrenamiento de habilidades sociales emocionales: De 02 horas de duración aprox. Esta actividad es realizada por un profesional especializado en rehabilitación (psicólogo, enfermera o terapeuta ocupacional) desarrollado en los establecimientos de salud con servicios de psiquiatría.

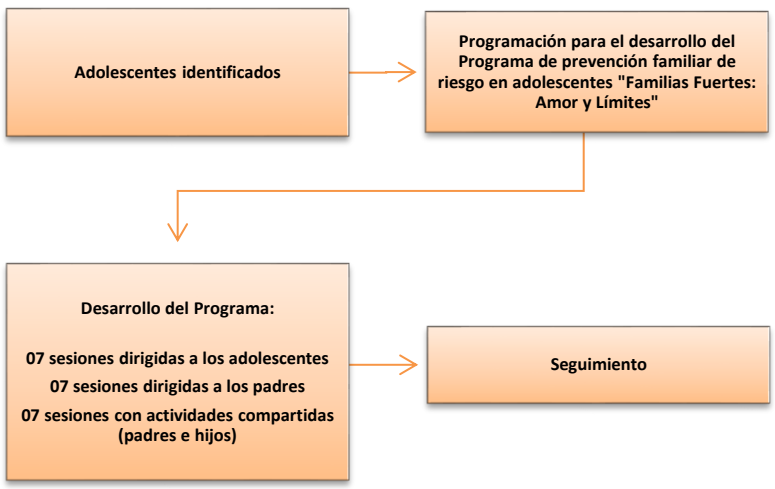
Producto	PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS
	➢ Sesiones de entrenamiento en actividades socio laborales: Esta actividad es realizada por profesional especializado en rehabilitación (psicólogo, terapeuta o docente ocupacional, trabajadora social). Se puede desarrollar en los establecimientos de salud con servicios de psiquiatría.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo y las Guías de Práctica Clínica. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA en la implementación y fortalecimiento de la actividad ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y supervisión del desarrollo de la presente actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los Centros de Salud Mental Comunitarios y en los EESS a partir del nivel II, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Direcciones de redes y DIRESAs/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se considerará, el censo de personas judicializadas inimputables: 100% de los casos inimputables psicóticos atendidos en los establecimientos de salud, en el año anterior.
4. Flujo de procesos	**Centros de Salud Mental Comunitarios y en los EESS a partir del nivel II:** 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias.

Producto	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS**
	2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB, set recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, materiales educativos para la familia 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de espera y recepción, consultorios, y sala de reuniones y multiuso. 6. Exámenes de laboratorio: Glicemia, Hemograma, Perfil lipídico, EKG, Screening toxicológico e Interconsulta Neurología 7. Medicamentos**:** Risperidona 2 mg, Haloperidol 5mg – 10 mg oral e inyectable, Biperideno, Flufenazina decanoato, Clorpromazina, Benzodiacepinas 8. Formatos: HIS, de historias clínicas, y de plan de intervención
PRODUCTO	**COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA ATENDIDAS**
Denominación de la Actividad 8.1	**INTERVENCIONES COMUNITARIAS PARA LA RECUPERACION EMOCIONAL DE POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA**
Gobierno que entregan el producto completo	GN X GR X GL
Unidad de medida del Indicador de producción física	COMUNIDAD VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA PROTEGIDA
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Son intervenciones de salud mental comunitaria que contribuyen a que poblaciones con afectación por la violencia política, a partir del reconocimiento de su victimización, del daño colectivo y de la importancia de su papel activo como sujetos de derecho a la reparación, logren su recuperación emocional, reconstruyan el tejido social en sus comunidades, de modo tal, que rescaten o vuelvan a generar sus proyectos de desarrollo personal, comunitario y social. Estas intervenciones se realizan con la participación de otros actores sociales; Comisión Multisectorial de alto Nivel, Municipalidades, MINEDU (Beca 18 – Repared), MIMP, Defensoría del Pueblo, Asociaciones de Afectados, Fiscalía, Equipo Peruano de Antropología Forense y otras instituciones. Incluye: • Programas comunitarios de apoyo emocional que además comprenden intervenciones clínico – comunitarias de acuerdo a las necesidades y recursos de cada grupo de población. Puede ser de manera individual o en grupos pequeños de 6 a 10 personas) • Programas de reconstrucción de sistemas de apoyo comunitario: Fortalecimiento de las redes de apoyo social. Recuperación de la memoria histórica, autoestima y resiliencia comunitaria. • Programas de psico educación para la promoción y prevención en salud mental. • Acompañamiento psicosocial a víctimas y familiares: Son procesos de escucha, orientación, apoyo, articulación con otros sectores y seguimiento que realizan durante todas las fases en las que la víctima, sus familiares y comunidades propenden por el restablecimiento de sus derechos y por la justicia. Por ejemplo, durante la investigación forense, exhumaciones y reconocimiento de familiares desaparecidos, y otorgamiento de reparaciones. Estas intervenciones son realizadas por profesionales capacitados en salud mental y especialmente por psicólogos y médicos. Se organizan en programas en función a las necesidades y características de cada comunidad. Las sesiones individuales pueden durar de 45 a 60 min. y las desarrolladas en grupo hasta 04 horas. Se ejecutan a lo largo de un año.

PRODUCTO	COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA ATENDIDAS
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo para las intervenciones de la presente actividad. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y evalúa del desarrollo de la actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los Centros de Salud Mental Comunitarios y en los EESS a partir del nivel II, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Direcciones de redes y DIRESAs/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	El Consejo Nacional de Reparaciones ha reconocido 7.678 comunidades, (incluyendo 32 organizaciones de personas desplazadas). En el año 2013 se ha intervenido en 384 comunidades De acuerdo a criterios de mayor vulnerabilidad social y las características de cada región, anualmente se incrementará el 20%
4. Flujo de procesos	
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término

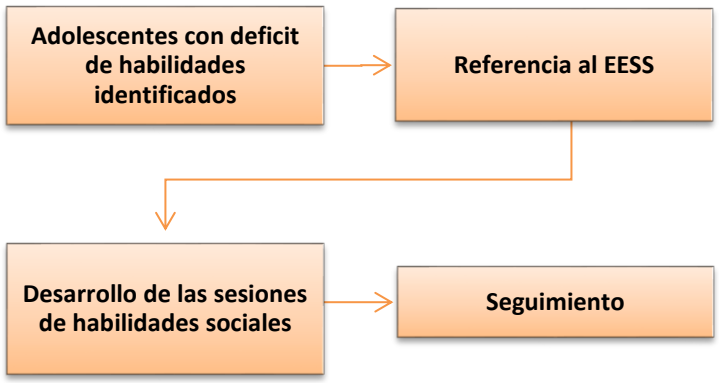
PRODUCTO	COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA ATENDIDAS
	➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de medicina general, medicina psiquiátrica, psicología, trabajo social, enfermería u otro profesional de salud con competencias. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, cámara fotográfica, grabadoras digitales, laptop, proyector multimedia, televisor, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB, colores, cartulinas, papelógrafo, plumones, temperas, plastilina. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos: HIS y otros.

Producto	**POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL**
Denominación de la Actividad 9.1	**PREVENCION FAMILIAR DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LIMITES**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (x)** **GR (x)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Persona Atendida**
Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Es el desarrollo de sesiones dirigidas a mejorar la salud y el desarrollo de las y los adolescentes entre 10 y 14 años, y prevenir conductas de riesgo promoviendo la comunicación entre padres e hijos. Esta actividad se desarrolla en un grupo máximo de 15 adolescentes y sus respectivos padres (madre o padre) y tiene una duración 120 minutos cada sesión aproximadamente. Esta actividad es realizada por un personal de salud debidamente capacitado y es realizado en los espacios de la comunidad y/o las instituciones educativas públicas. Esta actividad es desarrollada en los establecimientos de salud I-3 y I-4. Este paquete consiste en la ejecución de: ➢ Siete sesiones dirigidas a los padres: 1º amor y límites: estilos de crianza, 2º establecer reglas en la casa, 3º estimular el buen comportamiento, 4º utilización de las sanciones, 5º establecer vínculos, 6º protección sobre los comportamientos de riesgo y 7º conexiones con la comunidad. ➢ Siete sesiones dirigidas a los adolescentes: 1º tener objetivos y sueños, 2º apreciar a los padres, 3º hacer frente al estrés, 4º obedecer las reglas, 5º hacer frente a la presión de los compañeros, 6º la presión del grupo y los buenos amigos y 7º ayudar a otros. ➢ Siete sesiones dirigidas al trabajo en familia: padres e hijos: 1º Apoyar los objetivos y sueños, 2º Promover la comunicación en la familia, 3º Aprecio a los miembros de la familia, 4º Empleo de las reuniones familiares, 5º Comprender los principios de la familia, 6º Las familias y la presión de los compañeros y 7º la recapitulación de todo lo trabajado.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo para las intervenciones de la presente actividad.

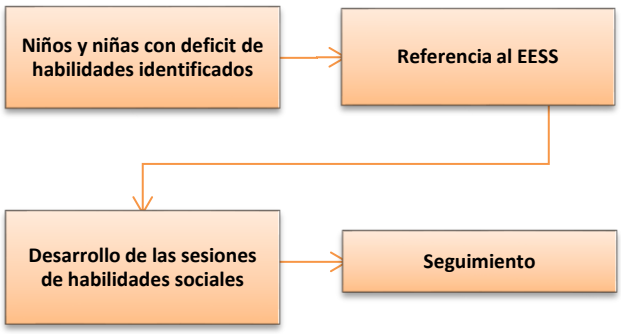
Producto	**POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL**
	➢ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y evalúa del desarrollo de la actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel I-3, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Direcciones de redes y DIRESAs/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se considerará el 5% de la población entre 10 a 14 años de la institución educativa priorizada por el EESS.
4. Flujo de procesos	A partir del nivel I-3: 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G

Producto	**POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL**
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de salud capacitado 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, mesa, sillas, mesa de reuniones, grabadora digital, proyector multimedia, televisor y disco duro externo. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB. CD, blocks, papelógrafo, plumones, papel lustre, masking tape, tableros cartulina, tijeras, colores, temperas, plastilinas. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de reuniones y multiuso. 6. Formatos y documentos: HIS, Manual de Familias Fuertes y otros.

Producto 9	**POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL**
Denominación de la Actividad9 – 2	**SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (x)** **GR (x)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Persona Atendida**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención (I-3 y I-4) con el objetivo de desarrollar habilidades sociales para población de 12 a 17 años, con una duración de 45 minutos por cada sesión y es monitorizado por un especialista en salud mental. Esta actividad es desarrollada en el establecimiento de salud y/o la comunidad. Esta actividad será registrada de manera individual. Esta actividad consiste en la ejecución de 10 sesiones: ➢ Utilizando mensajes claros y precisos. ➢ Estilos de comunicación. ➢ Expresión y aceptación positiva ➢ Identificando pensamientos que anteceden a la ira ➢ Auto instrucciones. ➢ Pensamientos saludables ➢ Conociéndonos. ➢ Orgulloso de mis logros. ➢ La mejor decisión ➢ Proyecto de vida.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo para las intervenciones de la presente actividad. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y evalúa del desarrollo de la actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel I-3, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad.

	➢ Direcciones de redes y DIRESAs/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se considerará: ➢ 10% de la población de adolescentes de 12 a 17 años programados para la identificación de problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas.
4. Flujo de procesos	**A partir del nivel I-3:** 
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de la salud capacitado. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones, grabadora digital, proyector multimedia, televisor y disco duro externo. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, Engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB, papel lustre, lapiceros, plumones, temperas, plastilinas, masking tape, tableros cartulina, tijera, y papelógrafo. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de reuniones y multiuso. 6. Recursos: Manual de familias fuertes, manual de habilidades sociales en población. 7. Formatos y documentos: HIS, Manual de habilidades sociales en población de 12 a 17 años, y otros.
Producto 9	**POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL**

Denominación de la Actividad 9.3	**SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑAS, NIÑOS**
Gobierno que entregan el producto completo	**GN (x)** **GR (x)** **GL ( )**
Unidad de medida del Indicador de producción física	**Persona atendida**
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención (I-3 y I-4) con el objetivo de desarrollar habilidades sociales relacionadas a derechos y deberes de los niños, habilidades básicas relacionadas a la comunicación, habilidades relacionadas a los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión y manejo del estrés en niñas y niños de 08 a 11 años, con una duración de 45 minutos por cada sesión y es monitorizado por un especialista en salud mental. Esta actividad es desarrollada en el establecimiento de salud y/o la comunidad con grupos no mayor de 15 integrantes. Esta actividad será registrada de manera individual. Esta actividad consiste en la ejecución de 10 sesiones: ➢ Conociendo y defendiendo mis derechos. ➢ Conociendo y practicando mis deberes. ➢ Identificando estilos de comunicación ➢ Practicando mi comunicación asertiva. ➢ Identificando y expresando mis emociones ➢ Aprendiendo a valorarme ➢ Reconociendo las consecuencias de una conducta agresiva. ➢ Mensajes internos para calmar la ira. ➢ Identificando situaciones que me producen estrés ➢ Enfrentando la presión de grupo.
2. Organización para la ejecución de la actividad	**A nivel nacional (MINSA):** ➢ Elabora y aprueba el marco normativo para las intervenciones de la presente actividad. ➢ Capacita a la DIRESA/GERESA/ en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Realiza la asistencia técnica, monitoreo y evalúa del desarrollo de la actividad. **A nivel nacional (IGSS) y regiones:** ➢ Los EESS a partir del nivel I-3, están a cargo de la atención y del registro estadístico en el HIS. ➢ La DIRESA/GERESA capacita a las redes en la implementación y fortalecimiento de la actividad. ➢ Direcciones de redes y DIRESAs/GERESAs realizan el monitoreo y control de la actividad. ➢ DIRESAs, Establecimientos de salud especializados (INSM, hospitales especializados, hospitales generales, y los Centros de Salud Mental Comunitarios) realizan acompañamiento clínico psicosocial.
3. Criterios de programación	Para la programación de la meta física se considerará: ➢ 30% de la población de niñas y niños de 08 a 11 años programados para la identificación de problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas.
4. Flujo de procesos	**A partir del nivel I-3:**

	
5. Diagrama de Gantt	De acuerdo a lo señalado en el punto previo, adjunte una tabla con la planificación de la ejecución de procesos según un Diagrama de Gantt por meses, que contenga mínimamente los siguientes ítems: ➢ Identificador de tarea / proceso / acción ➢ Tarea / proceso / acción ➢ Unidad de medida ➢ Cantidad ➢ Fecha de inicio ➢ Fecha de término ➢ Responsable ➢ Identificar los meses de ejecución, según el Diagrama de Gantt Anexo 8 – 1 – G
6. Listado de Insumos	1. Recursos humanos: Profesional de la salud capacitado. 2. Equipo, mobiliario e instrumental: Computadora, impresora multifuncional, armario, escritorio, sillas, mesa de reuniones, grabadora digital, proyector multimedia, televisor y disco duro externo. 3. Materiales y útiles de escritorio e insumos: Papel bond, cuadernos, lapiceros, lápices, lápiz corrector, grapas, clip, engrapador, perforador, resaltador, post- it, USB, papel lustre, lapiceros, plumones, temperas, plastilinas, masking tape, tableros cartulina, tijera, y papelógrafo. 4. Servicios: Impresiones, fotocopiado, movilidad local, pasajes aéreos, pasajes terrestres, viáticos, teléfono, internet. 5. Infraestructura / ambientes: Sala de reuniones y multiuso. 6. Recursos: Manual de familias fuertes, manual de habilidades sociales en población. 7. Formatos y documentos: HIS, Manual de habilidades sociales en población de 08 a 11 años, y otros.

DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO 10	**FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**					
Actividad 10.1	**FAMILIAS QUE RECIBEN SESIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER PRÁCTICAS Y GENERAR ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL**					
Denominación de la actividad	**Sesiones educativas para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la Salud Mental**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	Familia					
Modelo operacional de la actividad						
Definición operacional	Esta actividad está dirigida a las familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo de problemas psicosociales y trastornos mentales (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), la cual consiste en realizar sesiones educativas a un grupo máximo de 15 familias para promover prácticas (comportamientos saludables: hábitos y conductas saludables) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la mejora de la salud mental, buen trato y cultura de paz, en temas como: pautas de crianza y buen trato entre los miembros de las familias, manejo de conflictos, autoestima familiar (relaciones y comunicación entre miembros de la familia), relaciones con los vecinos (organización y comunicación vecinal) y habilidades para la vida, e identifican factores protectores y de riesgo para la salud mental especialmente sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas, entre otros. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, en el local comunal u otro que considere pertinente.					
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: -04 sesiones educativas en “prácticas de crianza democrática”, a un grupo máximo de 15 familias de 45 minutos de duración. -04 sesiones educativas en convivencia saludable, cultura de paz y prevención del acoso escolar, utilizando los materiales disponibles vigentes (Módulo de convivencia saludable), a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. -04 sesiones educativas sobre familia y promoción de valores, utilizando los materiales disponibles vigentes (Módulo de convivencia saludable), a un grupo máximo de 15 familias de 45 minutos de duración.					
Organización para la ejecución de la actividad	MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Redes de Salud y GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. MICRORREDES: Brinda capacitación al personal de salud en sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para mejorar la salud mental ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para mejorar la salud mental dirigida a las familias.					

DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO 10	**FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**
Criterios de programación	100 % de familias con hijos adolescentes (de 12 a 17 años) de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos de riesgo de problemas psicosociales y trastornos mentales (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). El número de familias se calcula tomando en cuenta el porcentaje de población pobre y extremadamente pobre (69.4% de la población total) y dividiendo este valor entre la constante 4.5 (Concentración de integrantes por familia establecido por el INEI 2010).
	Fuente de información para la programación: Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
Flujo de procesos	Opcional
Diagrama de Gantt	

Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
01 sesión educativa sobre en "prácticas de crianza democrática"	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X											
01 sesión educativa sobre convivencia saludable, cultura de paz y prevención del	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud					X							
01 sesión educativa sobre familia y promoción de valores	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud									X			

Listado de insumos	

DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO 11	**COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**					
Denominación de la actividad 11.1	**AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD CAPACITADOS QUE PROMUEVEN ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)	**GN**	X	**GR**	X	**GL**	
Unidad de medida del indicador de producción física	AGENTE COMUNITARIO DE SALUD					
Modelo operacional de la actividad						
Definición operacional	Esta actividad está dirigida a los Agentes comunitarios de Salud y consiste en realizar talleres de capacitación para fortalecer la organización comunal e implementar la vigilancia comunitaria orientada a la realización de prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la salud mental. Es realizado por el personal de salud, en el local comunal u otro espacio definido.					

DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO 11	**COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: - 01 Taller de capacitación acerca del rol del Agente Comunitario de Salud para la implementación de la vigilancia comunitaria (Educación en prácticas saludables, vigilancia comunitaria y toma de decisiones) para fortalecer la salud mental, de 02 horas de duración. - 02 Talleres de Capacitación en el uso del rotafolio (prácticas y entornos) del Agente Comunitario de Salud, de 06 horas de duración cada uno. NOTA: Se hará uso del Rotafolio del Agente Comunitario de Salud, y otros materiales disponibles que se relacionen con el quehacer del ACS en los temas de la promoción de prácticas y vigilancia del entorno para fortalecer la salud mental.
Organización para la ejecución de la actividad	MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Redes de Salud y GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. MICRORREDES: Brinda capacitación al personal de salud para organización de los servicios para el trabajo comunitario, vigilancia comunitaria y trabajo con el agente comunitario. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Juntas Vecinales Comunitarias y Agentes Comunitarios de Salud, para promover prácticas y generar entornos saludables para promover prácticas y entornos saludables para la mejora de la salud mental. JUNTAS VECINALES COMUNALES Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD: Implementan acciones de Gestión Comunal y de vigilancia comunitaria para promover prácticas y entornos saludables para promover prácticas y entornos saludables para la mejora de la salud mental
Criterios de programación	100% de los agentes comunitarios de salud de los sectores prioritarios (mapa de sectorización)de los distritos de riesgo de enfermedades mestales (de acuerdo a la priorización que realice las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Esta actividad se programará en correspondencia con la programación del producto Municipios Saludables (Distrito con población en riesgo deben ser los mismos distritos que los programados para la actividad de Concejo Municipal/Comité Multisectorial)
	Fuente de información para la programación: Registro de Juntas vecinales comunales y organizaciones sociales según mapa de sectorización Registro de juntas vecinales y organizaciones sociales de la municipalidad distrital y/o provincial. Directorio de ACS y proyección de necesidades de número de ACS del establecimiento de salud. Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza)

<table>
<tr><td>DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO 11</td><td>COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES</td></tr>
<tr><td></td><td>Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)</td></tr>
<tr><td>Flujo de procesos</td><td>Opcional</td></tr>
<tr><td>Diagrama de Gantt</td><td>
<table>
<tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th><th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th></tr>
<tr><td>01 Taller de capacitación acerca del rol del Agente Comunitario de Salud</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>01 Taller de Capacitación en el uso del rotafolio</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>01 Taller de Capacitación en el uso del rotafolio</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Listado de insumos</td><td>Según listado de insumos establecido.</td></tr>
</table>

3.6 INDICADORES

3.6.1 Indicadores de Desempeño

TABLA N° 13

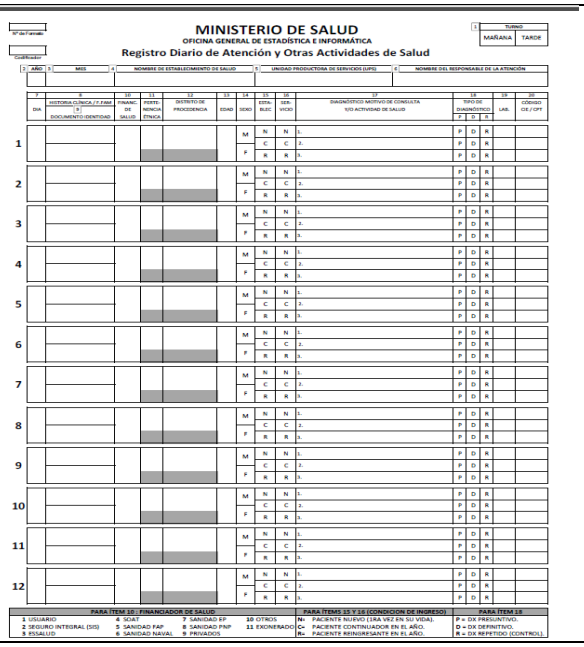
NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR
RESULTADO ESPECÍFICO Población en general y de alto riesgo atendida por problemas y trastornos de salud mental	Porcentaje de personas con problemas de salud mental atendidas
PRODUCTO **Acciones Comunes**	
PRODUCTO 1: **Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas**	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales tamizadas en los establecimientos de salud.
PRODUCTO 2: **Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad**	Porcentaje de personas detectadas con problemas psicosociales que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
PRODUCTO 3: **Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente**	Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
PRODUCTO 4: **Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente**	Porcentaje de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol que tienen diagnóstico e inician tratamiento.
PRODUCTO 5: **Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente**	Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicóticos que tienen diagnóstico e inician tratamiento
PRODUCTO 6: **Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas**	Porcentaje de personas con trastornos mentales judicializados e inimputables que están siendo atendidos.
PRODUCTO 7:	Porcentaje de comunidades con poblaciones víctimas de violencia política intervenidas.

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR
Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas	
PRODUCTO 8: **Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental**	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con déficits de habilidades sociales que reciben paquete de sesiones de habilidades sociales.
PRODUCTO 9: **Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales**	Porcentaje de Familias entrenadas que reciben sesión educativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la Salud Mental
PRODUCTO 10: **Comunidades que promueven prácticas y entornos saludables para contribuir en la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales**	Porcentaje de Juntas vecinales que promueve acciones de promoción de la salud mental

TABLA N° 14

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
<u>Producto 1:</u> **Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectados**
INDICADOR 1: **% de personas con problemas psicosociales o trastornos de salud mental tamizadas.**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL Pliego 99: Gobiernos Regionales Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Pliego 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Definición
En este indicador se contempla el total de personas que son atendidas por cualquier morbilidad en el establecimiento de salud y el total de personas que son tamizadas para identificar problemas psicosociales o trastornos de salud mental. El tamizaje implica las actividades desarrollado por personal capacitado a través de la observación de indicadores, entrevistas y aplicación de un cuestionario breve de preguntas (tamizaje) con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales en las personas atendidas en el establecimiento de salud, y concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos en el tamizaje y la derivación al servicio del establecimiento de salud según corresponda.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 16% 2015= 20%
Justificación
Este indicador busca identificar y diagnosticar a las personas con algún tipo de trastorno de conducta o problema psicosocial a través de los tamizajes aplicados, a fin de garantizar que el establecimiento de salud atienda a dicha población a través de los respectivos tratamientos y paquetes de atención. Se busca que todas las personas que ingresan a algún establecimiento de salud del primer nivel, sean tamizadas a fin de identificar algún posible trastorno o problema psicosocial. Una mayor cantidad de tamizajes, permiten identificar a la población con algún trastorno o problema psicosocial. Representa un proceso de vital importancia porque permite la detección temprana de factores de riesgo o estadios tempranos de una enfermedad, permitiendo un diagnóstico temprano y una intervención o tratamiento oportuno
Limitaciones y supuestos empleados
Limitaciones - La información se obtiene del registro en el HIS (*Health Information System*); por tanto, el no registro en el HIS no permite el seguimiento del cumplimiento de la programación.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 1: **Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectados**
- Se debería buscar realizar el tamizaje a la totalidad de la población; sin embargo, se toma como referencia a la población que ingresa a un centro de salud de primer nivel dado que es altamente complejo programar actividades de tamizaje a la población en general. Supuestos: - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados
Precisiones técnicas:
El número de personas tamizadas se obtiene del total de personas que se les aplica los protocolos para la detección de trastornos o problemas psicosociales. Dichos protocolos consisten en la observación de indicadores y entrevista aplicando un cuestionario breve de preguntas con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos relacionados a trastornos mentales y/o problemas psicosociales. Se considera en el tamizaje a la siguiente población: ▪ Niños y niñas de 3 a 11 años atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud. ▪ Adolescentes de 12 a 17 años atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud). ▪ Personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades en los establecimientos de salud de primer nivel. Las personas atendidas son aquellas que ingresan a los establecimientos de salud del primer nivel, a fin de atenderse por cualquier morbilidad. Se toman en cuenta los casos nuevos, así como los reingresos.
Método de cálculo:
Valor del indicador = A/B A: Número de personas tamizados por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política) B: Número de personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud
Periodicidad de las mediciones:
Anual
Fuente de datos:
Registro HIS –Health Information Systems
Base de datos:
Oficina General de Tecnologías de la Información **REGISTRO HIS: Cubos MINSA** **Para el valor del Indicador A**: • 04_Estrategia Sanitarias Nacionales • 04_Salud Mental 2010-2016 • 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR) • 01_Tamizaje **Para el valor del Indicador B**: • 01_Consulta Externa - HIS • 0102 Morbilidad General MINSA 2012-2014 0103 Morbilidad General MINSA 2015
Instrumento de recolección de información:
FICHA HIS:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 1: **Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectados**
 MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud Turno: MAÑANA / TARDE 1 N° de Formato Establecimiento 2 AÑO 3 MES 4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD 5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS) 6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 7 DIA 8 HISTORIA CLÍNICA / 8' FAM / 8'' DOCUMENTO IDENTIDAD 10 FINANC DE SALUD 11 PUEBL. MINOA ÉTNICA 12 DISTRITO DE PROCEDENCIA 13 EDAD 14 SEXO 15 ESTA. BLIO 16 SER. VICIO 17 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD 18 TIPO DE DIAGNÓSTICO P D R 18' LAB. 19 20 CÓDIGO CIE / CPT 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 M F N C R N C R 1. 2. 3. P D R PARA ÍTEM 10 : FINANCIADOR DE SALUD 1 USUARIO 2 SEGURO INTEGRAL (SIS) 3 ESSALUD 4 SOAT 5 SANIDAD FAP 6 SANIDAD NAVAL 7 SANIDAD EP 8 SANIDAD PNP 9 PRIVADOS 10 OTROS 11 EXONERADO PARA ÍTEMS 15 Y 16 (CONDICION DE INGRESO) N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA). C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO. R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO. PARA ÍTEM 18 P = DX PRESUNTIVO. D = DX DEFINITIVO. R = DX REPETIDO (CONTROL).
Sintaxis:
U100, U140, Lab (EP, AD, VIF y TD), asociado a Consejería en Salud Mental (99404).

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 2: **Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad**
INDICADOR 1: **Porcentaje de las personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento.**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL Pliego 99: Gobiernos Regionales Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Pliego 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Definición
En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en algún problema psicosocial y/o trastorno de salud mental; y sobre este grupo, quienes inician un tratamiento (posterior al diagnóstico que confirme el tamizaje). Las personas que inician el tratamiento son aquellas a las que se les entrega un paquete de atención frente a la detección de algún problema psicosocial: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. El tratamiento consiste en: Consultas de salud mental, intervenciones individuales de salud mental, psicoterapia individual y visitas domiciliarias; según nivel de atención.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 52.5% 2015= 53.9%

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 2:

Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad

Justificación

El indicador permite medir la atención oportuna de las personas con tamizaje positivo, a través de un tratamiento y/o paquete de atención sobre los problemas psicosociales detectados. Se busca que las personas que son diagnosticadas con problemas psicosociales, sean atendidas de manera oportuna a fin de evitar el agravamiento de la enfermedad o trastorno y las consecuencias de ello.

Limitación y supuestos empleados

Limitaciones

- Se limita la atención oportuna a las personas que se les ha llevado a cabo el tamizaje.
- El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente.
- Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje.

Supuestos:

- Tamizajes previstos serán realizados por el equipo básico de salud (médico, enfermera, obstetra y otros profesionales de salud) como una actividad permanente en los servicios.
- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados

Precisiones técnicas:

Se considera a las personas detectadas con problemas psicosociales a aquellas personas cuyo tamizaje resultó positivo.

El inicio del tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con problemas psicosociales: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. Dicho paquete se realiza previo un diagnóstico que confirma el resultado positivo del tamizaje, e incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención:

- Consulta de Salud Mental: actividad realizada por un profesional con competencias para la evaluación de un paciente derivado con tamizaje positivo. En esta actividad se valora la complejidad del problema presentado, se evalúa el estado mental, se formula el diagnóstico, se deriva para evaluación médica y se elabora el plan de intervención.

- Intervención individual en salud mental, es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo abordar los problemas psicosociales identificados.

- Psicoterapia individual, es realizada por un psicólogo o profesionales de la salud con formación psicoterapéutica y aborda los casos que requieran mayor capacidad resolutiva como: abuso sexual y casos con comorbilidad.

- Visita domiciliaria: actividad dirigida a la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento.

Método de cálculo:

Valor del indicador = A/B

Donde

A = Número de personas detectadas por problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento.

B = Número de personas con tamizaje positivos con problemas psicosociales

Periodicidad de las mediciones:

Anual

Fuente de datos:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 2:

Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad

HIS –Health Information Systems

Base de datos:

Oficina General de Tecnologías de la Información
REGISTRO HIS: Cubos MINSA

Para el valor del Indicador A:

- 01_Consulta Externa - HIS
- 0102 Morbilidad General MINSA 2012-2014 / 0103 Morbilidad General MINSA 2015
  CIE-X
  - Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.
    T74 Síndromes del maltrato

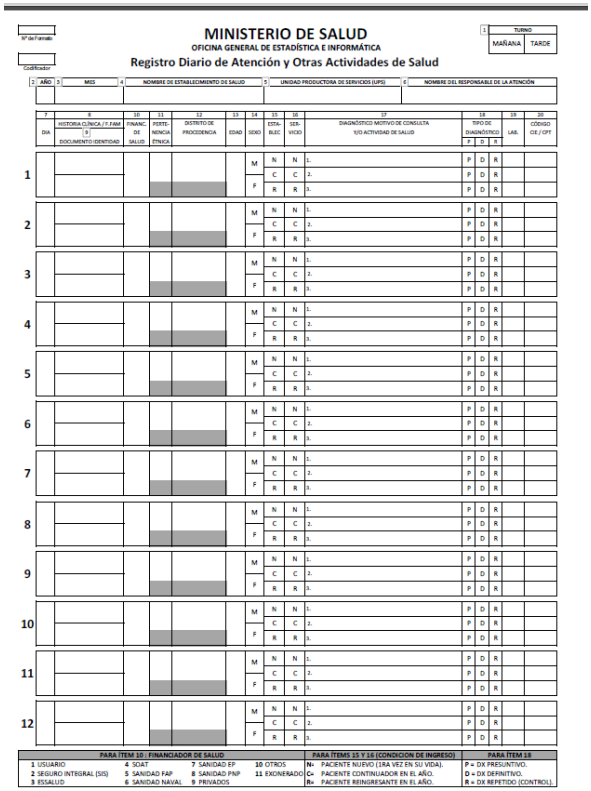
Para el valor del Indicador B:

- 04_Estrategia Sanitarias Nacionales
- 04_Salud Mental 2010-2016
- 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR)
- 01_Tamizaje
- Tamizajes positivos

Violencia familiar / Maltrato infantil

Instrumento de recolección de información:

FICHA HIS:



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

Sintaxis:

CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo y Lab (sesión 1)

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 2: **Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad**
• Síndromes del Maltrato: T740, T741, T742, T743, T748, T749. • Negligencia y Abandono: Y060, Y061, Y062, Y068. • Otros Síndromes de Maltrato: Y070, Y071, Y072 (Bullying), Y073, Y078. • Secuelas de lesiones auto infligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada: Y870, Y871. • Otros problemas relacionados con la crianza del niño: Z624 Z626. • Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares: Z630, Z631, Z632, Z634, Z635, Z636, Z637, Z653, Z654, Z655. Problemas relacionados con el estilo de vida: Z720, Z721, Z722, Z728, Z733

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 3: **Personas con trastornos afectivos y de ansiedad son tratadas oportunamente**
INDICADOR 1: **Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad reciben diagnóstico y tratamiento.**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL Pliego 99: Gobiernos Regionales Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Pliego 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Definición
En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos y de ansiedad; y el total de personas que inician su atención por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad (diagnóstico y tratamiento). Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos y de ansiedad, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud con competencias, a partir de los establecimientos de salud que cuenten con profesional psicólogo y se aplica el paquete de atención una vez al año. El tratamiento puede ser ambulatorio y con internamiento, y según nivel de complejidad, consiste en: Consulta médica, intervención individual, intervención familiar, psicoterapia individual, visita domiciliaria, tratamiento psicofarmacológico de casos leves y moderados, y manejo de contingencia.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 31.5% 2015= 25.3%
Justificación
La depresión es una enfermedad neuropsiquiátrica muy prevalente, recurrente, que se asocia con una disminución significativa de la calidad de vida, con discapacidad y muerte prematura. El indicador permite medir la atención oportuna de las personas con tamizaje positivo a través de un tratamiento y/o paquete de atención sobre los problemas de trastornos afectivos y de ansiedad detectada. Se busca prevenir y así prevenir la agudización de la enfermedad, reducir los ratios de suicidio y problemas sociales asociados.
Limitación y supuestos empleados
Limitaciones: - Se limita la atención oportuna a las personas que se les ha llevado a cabo el tamizaje. - El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 3:

Personas con trastornos afectivos y de ansiedad son tratadas oportunamente

- Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje.

Supuestos:

- Existe voluntad política de los gestores de la salud.
- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados

Precisiones técnicas:

Se considera como personas detectadas a aquellas personas con problemas psicosociales cuyo tamizaje resultó positivo.

El inicio del tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos afectivos (episodio depresivo y conducta suicida) y trastorno de ansiedad. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio o internamiento):

- Consulta médica, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una persona que presenta un trastorno afectivo (depresión o conducta suicida) o de un trastorno de ansiedad.
- Intervención individual: es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo coadyuvar al tratamiento mediante el soporte emocional y la psi coeducación que permita a la persona en tratamiento la naturaleza de su problema de salud mental, afrontar el estigma y adherirse al tratamiento psicosocial y farmacológico (si está prescrito).
- Intervención familiar: actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud en todos los establecimientos de salud.
- Psicoterapia individual: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo u otro profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y los trastornos de ansiedad.
- Visita domiciliaria, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, dirigida a la familia del paciente para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento.

Método de cálculo:

Valor del indicador = A/B

Donde

A = Número de personas detectadas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, tienen diagnóstico y tratamiento.

B = Número de personas detectadas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida).

Periodicidad de las mediciones:

Anual

Fuente de datos:

HIS –Health Information Systems

Base de datos:

Oficina General de Tecnologías de la Información

REGISTRO HIS: Cubos MINSA

Para el valor del Indicador A:

- 01_Consulta Externa - HIS
- 0102 Morbilidad General MINSA 2012-2014 / 0103 Morbilidad General MINSA 2015
  CIE-X
  - Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 3:

Personas con trastornos afectivos y de ansiedad son tratadas oportunamente

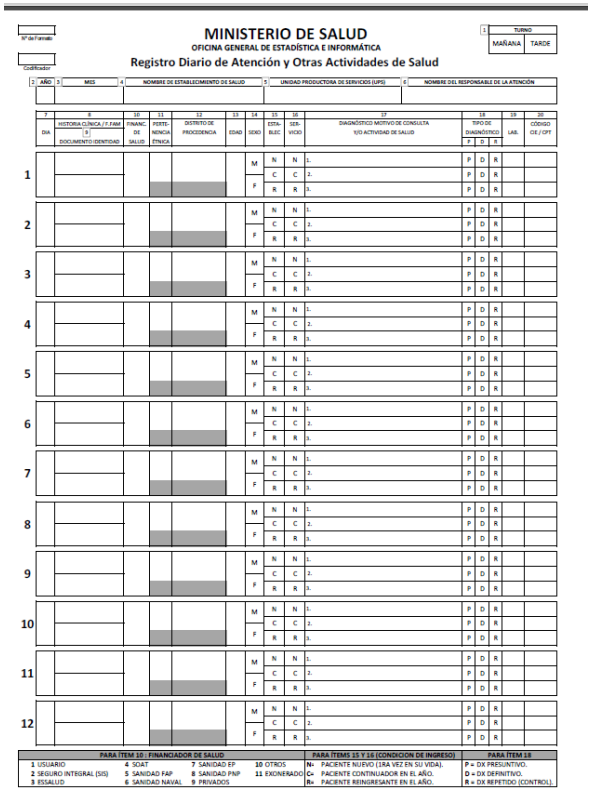
F32 Episodio Depresivo
F321 Episodio depresivo moderado

Para el valor del Indicador B:

- 04_Estrategia Sanitarias Nacionales
- 04_Salud Mental 2010-2016
- 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR)
- 01_Tamizaje
- Tamizajes positivos
- Trastorno depresivo

Instrumento de recolección de información:

FICHA HIS:



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1 TURNO	
MAÑANA	TARDE

2 AÑO	3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS)	6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

	7 DIA	8 HISTORIA CLÍNICA / 7 FAM / DOCUMENTO IDENTIDAD	10 FINANC. DE SALUD	11 PERTE-NENCIA ÉTNICA	12 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 ESTA-BLEC	16 SERVICIO	17 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	18 TIPO DE DIAGNÓSTICO			19 LAB.	20 CÓDIGO CIE / CPT
											T	D	R		
1							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
2							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
3							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
4							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
5							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
6							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
7							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
8							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
9							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
10							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
11							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
12							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		

PARA ÍTEM 10 : FINANCIADOR DE SALUD				PARA ÍTEMS 15 Y 16 (CONDICION DE INGRESO)	PARA ÍTEM 18
1 USUARIO	4 SOAT	7 SANIDAD EP	10 OTROS	N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA).	P = DX PRESUNTIVO.
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	8 SANIDAD PNP	11 EXONERADO	C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO.	D = DX DEFINITIVO.
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL	9 PRIVADOS		R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	R = DX REPETIDO (CONTROL).

Sintaxis:

CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo y Lab (sesión 1)

- Trastornos del humor (afectivos) y Episodio Depresivo: F30, F31, F32, F33, F34 Y F38.
- Conducta suicida: Del X60 al X84
- Trastornos de ansiedad, neuróticos, trastornos relacionados al stress y trastornos somatomorfos: Del F40 al F48.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 4: **Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente**
INDICADOR 1: **Porcentaje de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol, son tratadas oportunamente**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL Pliego 99: Gobiernos Regionales Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Pliego 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Definición
En este indicador se contempla el total de personas de 15 años a más, con tamizaje positivo en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol. Las personas detectadas son aquellas personas a las cuales se les realiza el tamizaje respectivo y dieron resultado positivo en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, y que inician su tratamiento, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud con competencias.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 33.8% 2015= 36.9%
Justificación
El indicador permite evaluar la cobertura de la atención oportuna de las personas con tamizaje positivo. Se busca prevenir la agudización de la enfermedad y los problemas sociales asociados.
Limitación y supuestos empleados
Limitaciones - Se limita la atención oportuna a las personas que se les ha llevado a cabo el tamizaje. - El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente. - Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje. - El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte debido a un sesgo de deseabilidad social. Supuestos: - Existe voluntad política de los gestores de la salud. - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados
Precisiones técnicas:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 4:

Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente

El producto está dirigido a personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol que son identificadas vía el resultado del tamizaje. Se recoge información sobre la experiencia de haber sentido alguno de los síntomas investigados en los últimos 12 meses, empleando la escala CIDI, preguntando a aquellos que han consumido alcohol alguna vez en su vida, y preguntando específicamente si fue más de una ocasión para declararlo válido. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador, esperando la declaración y asumiéndola como verdadera. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió esta experiencia en los últimos meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.

El inicio de tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. El tratamiento puede ser ambulatorio y con internamiento, y según nivel de complejidad, consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alcohol. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento:

- Consulta médica de salud mental, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una persona que presenta un trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol.

- Intervención individual: es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo coadyuvar al tratamiento con enfoque clínico psicosocial con el objeto de abordar los problemas identificados.

- Intervención familiar: actividad dirigida a la familia con el objetivo de mejorar las relaciones entre los integrantes, sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación.

- Psicoterapia individual: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol.

- Visita domiciliaria, actividad dirigida a la familia del paciente y desarrollada en el domicilio del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento.

Método de cálculo:

Valor del indicador = A/B

Donde

A = Número de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol tienen diagnóstico y tratamiento.

B = Número de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol.

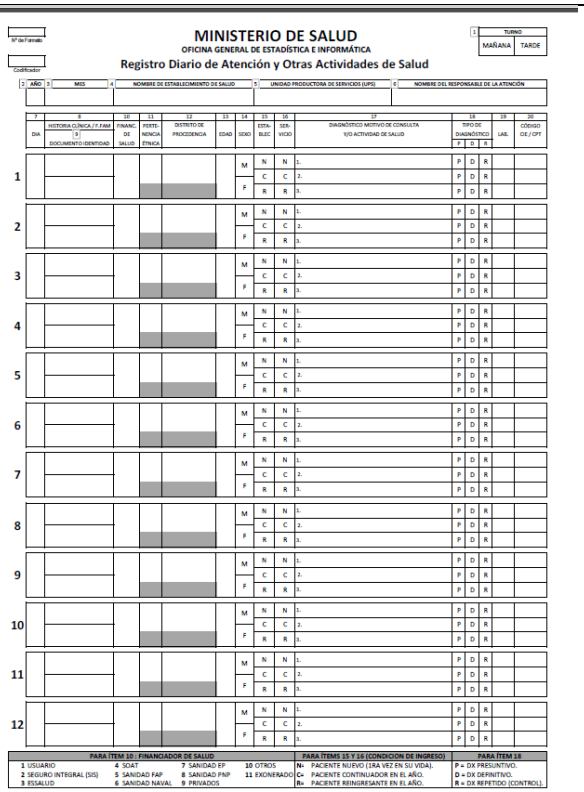
Periodicidad de las mediciones:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 4: **Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente**
Anual
Fuente de datos:
HIS –Health Information Systems
Base de datos:
Oficina General de Tecnologías de la Información **REGISTRO HIS**: Cubos MINSA **Para el valor del Indicador A**: • 01_Consulta Externa - HIS • 0102 Morbilidad General MINSA 2012-2014 / 0103 Morbilidad General MINSA 2015 CIE-X - Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento F10 – F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas F10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. **Para el valor del Indicador B**: • 04_Estrategia Sanitarias Nacionales • 04_Salud Mental 2010-2016 • 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR) • 01_Tamizaje • Tamizajes positivos • Trastorno de consumo de alcohol
Instrumento de recolección de información:
FICHA HIS:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 4:

Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol tratadas oportunamente



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1 TURNO	
MAÑANA	TARDE

2 AÑO	3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS)	6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

	7 DIA	8 HISTORIA CLÍNICA / 7 FIRM / 9 DOCUMENTO IDENTIDAD	10 FINANC. DE SALUD	11 PERTE-NENCIA ETNICA	12 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 ESTA-BLEC	16 SER-VICIO	17 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	18 TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	19 LAB.	20 CÓDIGO CIE / CPT
1							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
2							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
3							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
4							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
5							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
6							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
7							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
8							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
9							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
10							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
11							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		
12							M	N	N	1.	P	D	R		
								C	C	2.	P	D	R		
							F	R	R	3.	P	D	R		

PARA ÍTEM 10 : FINANCIADOR DE SALUD				PARA ÍTEMS 15 Y 16 (CONDICION DE INGRESO)	PARA ÍTEM 18
1 USUARIO	4 SOAT	7 SANIDAD EP	10 OTROS	N= PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA).	P = DX PRESUNTIVO.
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	8 SANIDAD PNP	11 EXONERADO	C= PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO.	D = DX DEFINITIVO.
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL	9 PRIVADOS		R= PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	R = DX REPETIDO (CONTROL).

Sintaxis:

- CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo, Lab (sesión 1) y Lab (rehabilitación 1)

- Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de Sustancias Psicoactivas: F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, Y F109.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 5: **Personas con trastornos y síndrome psicótico tratadas oportunamente**
INDICADOR 1: **Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia), son tratadas oportunamente**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 99: Gobiernos Regionales Pliego 136: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Pliego 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Definición
En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en trastornos y síndrome psicótico, y el total de personas que inician su atención por trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia). Las personas detectadas son aquellas personas que se les realiza el tamizaje respectivo y dieron resultado positivo en el diagnóstico de trastorno psicótico. Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastorno afectivos y de ansiedad y que inician su tratamiento, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud especializado.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 49.3% 2015= 43.2%
Justificación
El indicador permite evaluar la cobertura de la atención oportuna de las personas con tamizaje positivo. Se busca prevenir la agudización de la enfermedad y los problemas sociales asociados.
Limitación y supuestos empleados
Limitaciones - Se limita la atención oportuna a las personas que se les ha llevado a cabo el tamizaje. - El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente. - Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje. Supuestos: - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados
Precisiones técnicas:
El producto está dirigido a personas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) que son identificadas vía el resultado del tamizaje. El tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos y síndrome psicótico. El tratamiento puede ser ambulatorio, con internamiento y rehabilitación psicosocial a las personas con trastornos y síndrome psicótico. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento: TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO PSICÓTICO Es la atención por consultorio externo que se brinda a personas con síndrome o trastornos psicótico (esquizofrenia) con tamizaje positivo. El paquete de atención de los trastornos o síndromes psicóticos incluye el desarrollo de las siguientes actividades:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 5: **Personas con trastornos y síndrome psicótico tratadas oportunamente**
▪ Consulta médica. ▪ Intervención familiar. ▪ Visita domiciliaria. ▪ Organización de grupos de soporte público o privado. ▪ Implementación de actividades de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades sociales. ▪ Referencia y Contra referencia. TRATAMIENTO CON INTERNAMIENTO DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO PSICOTICO Es la atención con internamiento que se brinda a personas con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia). El paquete de atención incluye el desarrollo de las siguientes actividades: ▪ Consulta médica y/o especializada ▪ Internamiento ▪ Intervención ▪ Visita familiar integral ▪ Organización de grupos de soporte público (casas de medio camino, etc.) o privado. Clubes sociales. ▪ Implementación de actividades de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades sociales ▪ Referencia y Contrareferencia REHABILITACION PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON SINDROME O TRASTORNO ESQUIZOFRENICO Se refiere al conjunto de intervenciones que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas con trastorno psicótico desde la valoración y desarrollo del funcionamiento global mediante sesiones periódicas de intervención múltiple e interdisciplinaria, incidiendo en el autocuidado, mejora del autocontrol y relaciones interpersonales, funcionamiento cognoscitivo y autonomía social y laboral. El paquete de atención incluye el desarrollo de las siguientes actividades: ▪ Intervenciones psicoeducativas individuales ▪ Intervenciones psicoeducativas familiares ▪ Entrenamiento en habilidades sociales ▪ Rehabilitación cognitiva y socio laboral.
Método de cálculo:
Valor del indicador = A/B Donde A = Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) tienen diagnóstico y tratamiento. B = Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia).
Periodicidad de las mediciones:
Anual
Fuente de datos:
HIS – Health Information Systems
Base de datos:
Oficina General de Tecnologías de la Información **REGISTRO HIS**: Cubos MINSA

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 5:

Personas con trastornos y síndrome psicótico tratadas oportunamente

Para el valor del Indicador A:

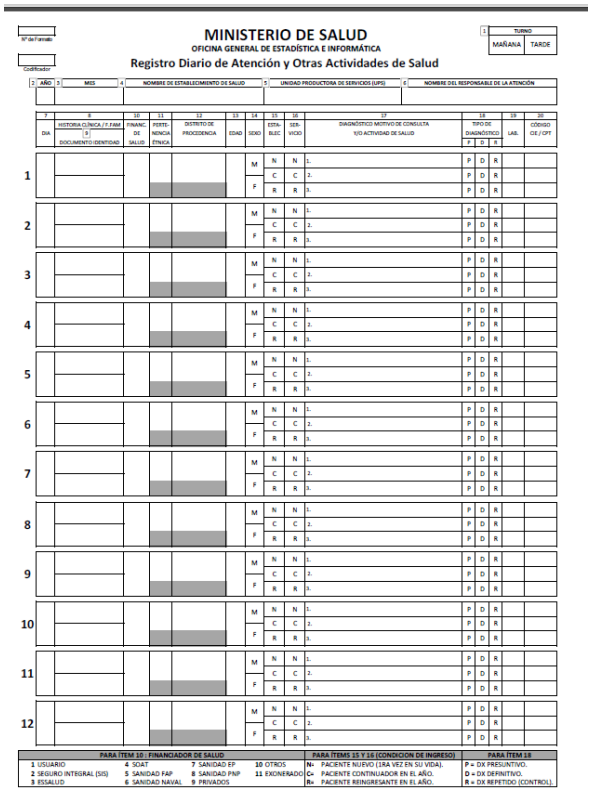
- 04_Estrategia Sanitarias Nacionales
- 04_Salud Mental 2010-2016
- 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR)
- 02 Atendidos
- Síndrome y/o trastorno psicótico
-

Para el valor del Indicador B:

- 04_Estrategia Sanitarias Nacionales
- 04_Salud Mental 2010-2016
- 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR)
- 01_Tamizaje
- Tamizajes positivos
- Trastorno psicótico

Instrumento de recolección de información:

FICHA HIS:



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

Nº de Formato	Codificador	1 TURNO: MAÑANA / TARDE	2 AÑO	3 MES	4 NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5 UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS)	6 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

	7 DIA	8 HISTORIA CLÍNICA / F. FAM / 9 DOCUMENTO IDENTIDAD	10 FINANC DE SALUD	11 PERTE-NENCIA ÉTNICA	12 DISTRITO DE PROCEDENCIA	13 EDAD	14 SEXO	15 ESTA-BLEC	16 SER-VICIO	17 DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	18 TIPO DE DIAGNÓSTICO P	D	R	19 LAB.	20 CÓDIGO CIE / CPT
1							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
2							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
3							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
4							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
5							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
6							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
7							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
8							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
9							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
10							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
11							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		
12							M / C / F	N / C / R	N / C / R	1. / 2. / 3.	P / P / P	D / D / D	R / R / R		

PARA ÍTEM 10 : FINANCIADOR DE SALUD				PARA ÍTEMS 15 Y 16 (CONDICION DE INGRESO)	PARA ÍTEM 18
1 USUARIO	4 SOAT	7 SANIDAD EP	10 OTROS	N- PACIENTE NUEVO (1RA VEZ EN SU VIDA).	P = DX PRESUNTIVO.
2 SEGURO INTEGRAL (SIS)	5 SANIDAD FAP	8 SANIDAD PNP	11 EXONERADO	C- PACIENTE CONTINUADOR EN EL AÑO.	D = DX DEFINITIVO.
3 ESSALUD	6 SANIDAD NAVAL	9 PRIVADOS		R- PACIENTE REINGRESANTE EN EL AÑO.	R = DX REPETIDO (CONTROL).

Sintaxis:

- CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo de síndrome o trastorno psicótico (esquizofrénico), Lab (sesión 1).
- Trastorno Delirante [Esquizofreniforme] Orgánico: F062.
- Esquizofrenia, trastornos esquizotipicos y trastornos delirantes: F20, F22, F23, F24, F25, F28, F29.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 6:

Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas

INDICADOR 1:

% de la población con trastornos mentales judicializadas inimputables tratadas.

Resultado esperado del marco lógico del programa

QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Pliego 99: Gobiernos Regionales
Pliego 137: Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Definición

Se entiende a la población con trastornos mentales judicializadas al grupo de personas que son declaradas por vía judicial como inimputables, con trastornos psicóticos, comprende la detección, evaluación y diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de salud mental.

El tratamiento incluye la evaluación, diagnóstico, evaluación psicológica, terapia familiar, y talleres de rehabilitación psicosocial (sesiones de actividades para la vida diaria, autocuidado y manejo de la medicación, sesiones de entrenamiento de habilidades sociales emocionales, sesiones de entrenamiento en actividades socio laboral)

Dimensión del desempeño

Eficacia

Valor del indicador

2014= 100%
2015= 100%

Justificación

El indicador garantiza una atención de calidad al señalar que las personas judicializadas con trastorno mental acceden a servicios de tratamiento y de rehabilitación y prevención de la discapacidad y minusvalía y problemas sociales, permitiendo a la persona y su familia su reinserción socio laboral.

Limitación y supuestos empleados

Limitaciones

- El indicador puede no visualizar la problemática si el personal de salud no se encuentra capacitado para el desarrollo del programa de atención y rehabilitación, el sub registro, las visitas de supervisión, entre otros.
- El tratamiento está supeditado a la duración de la pena impuesta por un juez. La duración del tratamiento no lo determina un médico o especialista de la salud.

Supuestos:

- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados

Precisiones técnicas:

Incluye el desarrollo de las siguientes actividades:

- Consulta psiquiátrica, para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Intervención psicológica: es el procedimiento terapéutico realizado por un psicólogo, tiene por objetivo abordar los problemas identificados de salud mental.
- Terapia Familiar: Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación.
- Talleres de rehabilitación psicosocial. Es un conjunto de acciones dirigidas a la inclusión del paciente a sus capacidades para las actividades de la vida diaria, la relación interpersonal, habilidades sociales y socio laborales.
- Seguimiento

Método de cálculo:

Valor del indicador = A/B

Donde

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 6: **Personas con trastornos mentales judicializadas tratadas**
A = Población con trastornos mentales judicializadas tratadas B = Población con trastornos mentales judicializadas
Periodicidad de las mediciones:
Anual
Fuente de datos:
HIS – Health Information Systems
Base de datos:
Dirección General de Intervenciones Estratégica en Salud Pública/Dirección Ejecutiva de Salud Mental - Oficina General de Tecnologías de la Información
Instrumento de recolección de información:
Codificación de actividades y enfermedades de Salud Mental en Registro HIS Poder Judicial: Registro de número de personas inimputables. INCLUIR VARIABLES
Sintaxis:
• CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo, Lab (JUD), en la actividad de inicio Lab (1) • Trastorno Delirante [Esquizofreniforme] Orgánico: F062. • Esquizofrenia, trastornos esquizotipicos y trastornos delirantes: F20, F22, F23, F24, F25, F28, F29. ASOCIADO A LAB: JUD

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 7: **Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas:**
INDICADOR 1: **% Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política intervenidas**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011: Ministerio de Salud
Definición
Las comunidades con poblaciones afectadas por la violencia política y en sus derechos humanos, son comunidades con personas que sufrieron actos u omisiones donde se violaron sus derechos fundamentales, tales como en casos de desaparición forzada, secuestro, ejecución extrajudicial, asesinato, desplazamiento forzoso, detención arbitraria, reclutamiento forzado, tortura, violación sexual o muerte, así como a los familiares de las personas muertas y desaparecidas durante el período comprendido en el artículo 1 de la presente Ley Nº 28592, además de casos de conflictos sociales, comunidades nativas afectadas, esterilización forzada y otros. La intervención de las comunidades es el procedimiento mediante el cual propiciará el fortalecimiento de los vínculos personales, familiares y comunales afectadas por el proceso de violencia política y violación de derechos humanos, en las comunidades registradas y priorizadas, con población desplazada, resistente, mujeres víctimas de esterilización forzada, entre otros. Esta intervención lo realiza el personal de salud capacitado de los establecimientos de salud, en salud mental comunitaria y acompañamiento psicosocial, el cual incluye: apoyo emocional e intervenciones clínico-comunitarias, reconstrucción de sistemas de apoyo comunitario, fortalecimiento de las redes de apoyo social, educación para la promoción y prevención en salud mental y el acompañamiento psicosocial a víctimas y familiares.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 20%

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 7: **Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas:**
2015= 20%
Justificación
El indicador garantiza una atención de calidad al señalar que las comunidades con secuelas psicosociales por violencia política y violación a los derechos humanos, que, al ser atendidas, mejoran su calidad de vida, restituyendo su tejido social y aliviando las secuelas psicosociales.
Limitación y supuestos empleados
Limitaciones - El indicador puede no visualizar la problemática respecto al personal de salud y sus capacidades para la implementación de programas que ayuden a restituir su tejido social, convivencia saludable con comunidades con secuela por violencia política. - La atención de las comunidades depende de la priorización por parte del Consejo de Reparaciones. Supuestos: - Todas las comunidades con poblaciones víctimas de violencia política han sido registradas y priorizadas, según el grado de afectación. - Coordinación estrecha entre el MINSA y los actores sociales involucrados: Comisión Multisectorial de alto Nivel, Municipalidades – CMAN, MINEDU – Beca 18, REPARED, Ministerio Público (Fiscalía – Instituto de Medicina Legal), Asociaciones de Afectados, organización local y comunal y otras instituciones
Precisiones técnicas:
Las comunidades con poblaciones afectadas por la violencia política son aquellas registradas en el Registro Único de Víctimas, creado por la Ley Nº 28592, la norma crea el Plan Integral de Reparaciones de carácter nacional, inclusivo y permanente, en el que pueden solicitar su inscripción todas las personas, grupos de personas o comunidades que se consideren víctimas del proceso de violencia de conformidad con la Ley y el 27 presente Reglamento y además a aquellas personas violentadas en sus derechos humanos. Las comunidades intervenidas son aquellas en donde se han implementado las siguientes acciones: ▪ Programas comunitarios de apoyo emocional que además comprenden intervenciones clínico – comunitarias de acuerdo a las necesidades y recursos de cada grupo de población. ▪ Programas de reconstrucción de sistemas de apoyo comunitario: Fortalecimiento de las redes de apoyo social. Recuperación de la memoria histórica, autoestima y resiliencia comunitaria. ▪ Programas de educación para la promoción y prevención en salud mental. ▪ Acompañamiento psicosocial a víctimas y familiares: Son procesos de escucha, orientación, apoyo, articulación con otros sectores y seguimiento que realizan durante todas las fases en las que la víctima, sus familiares y comunidades propenden por el restablecimiento de sus derechos y por la justicia. Por ejemplo, durante el proceso de búsqueda de personas desaparecidas, exhumaciones y reconocimiento de familiares desaparecidos, otorgamiento de reparaciones, ▪ Intervenciones realizadas por profesionales capacitados en salud mental comunitaria y acompañamiento psicosocial. Se organizan en programas en función a las necesidades y características de cada comunidad.
Método de cálculo:
Valor del indicador = A/B Donde A: Número de comunidades con secuela por violencia política priorizadas anualmente por el Consejo de Reparaciones y atendidas con programas de salud mental B: Número de comunidades con secuela de violencia política registradas por el Consejo de Reparaciones y algunas otras instituciones relacionadas al tema de Derechos Humanos.
Periodicidad de las mediciones:
Anual
Fuente de datos:

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 7: **Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas:**
Registro de Comunidades priorizadas Informe anual de las Regiones.
Base de datos:
Consejo de Reparaciones Direcciones Regionales de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégica en Salud Pública/Dirección Ejecutiva de Salud Mental - Oficina General de Tecnologías de la Información
Instrumento de recolección de información:
Registro de Comunidades priorizadas Registro/ Informe de actividades desarrolladas en las comunidades
Sintaxis:
Registro Individual • **Z654** Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura. • Asociado a actividad desarrollada, LAB (1) **Registro Grupal** • Actividad desarrollada, Lab (número de participantes) • U0066 Actividad en salud mental, Lab (VP) Sumatoria de comunidades en las que se realiza intervenciones en reparaciones

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 8: **Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental**
INDICADOR 1: **% de niñas, niños, y adolescentes con déficits de habilidades sociales reciben y culminan las sesiones de habilidades sociales.**
Resultado esperado del marco lógico del programa
QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Pliego 011: Ministerio de Salud
Definición
Los niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales son aquellos que han arrojado un resultado positivo en el tamizaje respectivo. Los paquetes de atención y tratamientos las reciben las niñas, niños, y adolescentes que reciben sesiones de habilidades sociales y taller de prevención en conductas de riesgo, así como los adolescentes y padres que reciben taller de prevención en conductas de riesgo y los padres de niños.
Dimensión del desempeño
Eficacia
Valor del indicador
2014= 20.5% 2015= 17.6%
Justificación
El indicador garantiza que la atención que reciben los niños, las niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales a través de los paquetes de sesiones de habilidades sociales. promueven un desarrollo emocional, fomenta la convivencia saludable y previene las conductas violentas, el consumo del alcohol, el embarazo en adolescentes y los problemas psicosociales.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Producto 8:

Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental

Este indicador busca proveer información sobre la calidad de las atenciones a los niños, niñas y adolescentes con déficits de habilidades sociales reciben paquete de sesiones. Se asume que los pacientes que culminan las sesiones, van a necesariamente mostrar mejoras en el comportamiento.

Limitación y supuestos empleados

Limitaciones

- El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente.
- Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje.

Supuestos:

- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados

Precisiones técnicas:

Los niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales son aquellos que han arrojado un resultado positivo en el tamizaje respectivo.

Los niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales que reciben y culminan los paquetes, son aquellos que cumplen con todas las sesiones que consisten en:

- Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños.
- Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos
- Programa de prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites.
- Sesiones Educativas de Pautas de Crianza para la prevención de Riesgo.

Método de cálculo:

Valor del indicador = A/B

Donde

A: Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales reciben y culminan los paquetes de sesiones de habilidades sociales

B: Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales.

Periodicidad de las mediciones:

Anual

Fuente de datos:

HIS – Health Information Systems

Base de datos:

Oficina General de Tecnologías de la Información

REGISTRO HIS: Cubos MINSA

Instrumento de recolección de información:

Codificación de actividades y enfermedades de Salud Mental en Registro HIS

Para el valor del Indicador A:

- 04_Estrategia Sanitarias Nacionales
- 04_Salud Mental 2010-2016
- 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR)
- 05 Actividad
- Otras actividades
- Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas (8-11)
- Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas (12-17)

Para el valor del Indicador B:

- 04_Estrategia Sanitarias Nacionales

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
Producto 8: **Población en riesgo que acceden a programas de prevención en salud mental**
• 04_Salud Mental 2010-2016 • 2010-2014 / 2015-2016 (ENE-MAR) • 05 Actividad • Otras actividades • Inicio de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales (8-11) Inicio de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales (12-17)
Sintaxis:
Sumatoria de adolescentes que participan en sesiones, considerar lo registrado como problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas **Código Z734**, seguidas de Sesión de entrenamiento en Habilidades Sociales **Código U1252** Lab (Número de sesión). Sumatoria de niños y niñas que participan en sesiones, considerar lo registrado como problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas **Código Z734**, seguidas de Sesión de entrenamiento en Habilidades Sociales **Código U1252** Lab (Número de sesión

TABLA N° 14

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL			
PROGRAMA			
Programa Presupuestal: 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL			
NOMBRE DEL INDICADOR			
Porcentaje de Familias entrenadas que reciben sesión educativa para promover comportamientos y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la Salud Mental			
ÁMBITO DE CONTROL			
Indicador de desempeño de producto			
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL			
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)			
DEFINICIÓN			
Porcentaje de Familias que reciben sesión educativa en prácticas y entornos saludables que contribuyen a mejorar la Salud Mental del total de Familias programadas en el programa presupuestal de Salud Mental			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficacia			
VALOR DEL INDICADOR			
LÍNEA BASAL (2014)	**2015**	**2016**	**2017**
JUSTIFICACIÓN			

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL
PROGRAMA
Programa Presupuestal: 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de Familias entrenadas que reciben sesión educativa para promover comportamientos y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la Salud Mental
El indicador es un resultado directo de las intervenciones que realiza el personal de salud capacitado a través de sesiones educativas con las Familias, en prácticas entornos saludables que contribuyen a la mejora de la Salud Mental de las Familias de los sectores priorizados de los distritos seleccionados. Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la categoría de mayor carga de enfermedad en el Perú, publicado en el Estudio de carga de enfermedad y lesiones en el Perú. En este estudio se ha confirmado que el grupo de daños que causan mayor carga de enfermedad en el país son las enfermedades neuropsiquiatrías. Con datos nacionales de mortalidad y morbilidad se ha estimado que estas enfermedades producen 826 253 AVISA y que representan 16% de todos los AVISA y 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Entre las principales está el abuso de alcohol y dependencia, y la depresión unipolar.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Se refiere a aquellas familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo trastornos de salud mental, con conocimientos para promover practicas (comportamientos saludables: hábitos y conductas saludables) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la mejora de la salud mental.
PRECISIONES TÉCNICAS
Personal de salud del Establecimiento de Salud registra las actividades en la Registro HIS del Sistema de Información de la Oficina General de Estadística e Informática.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de Familias entrenadas que reciben sesión educativa para promover comportamientos y generar entornos saludables Denominador: Número de familias programadas
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS
BASE DE DATOS
Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud / Dirección Ejecutiva de Atención Primaria y Gestión Territorial en Salud - Oficina General de Tecnologías e Informática
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Codificación de actividades de Promoción de la Salud en Registro HIS Registro de actividades en el Formato de Actividades Colectiva

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL			
PROGRAMA			
Programa Presupuestal: 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL			
NOMBRE DEL INDICADOR			
Porcentaje de Juntas Vecinales Comunal de distritos priorizados que implementa acciones para reducir la violencia familiar, el consumo de alcohol y/o la depresión.			
ÁMBITO DE CONTROL			
Indicador de desempeño de producto			
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL			
Pliego 011 (Ministerio de Salud), pliego 440 al 464 (Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)			
DEFINICIÓN			
Junta Vecinal Comunal que implementa acciones de promoción de la salud mental es aquella que se organiza, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones a desarrollar en su jurisdicción a fin de mejorar la salud mental de su población. Estas acciones están relacionadas a reducir los casos de violencia familiar, el consumo de alcohol y los episodios depresivos			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficacia			
VALOR DEL INDICADOR			
LÍNEA BASAL (2014)	**2015**	**2016**	**2017**
JUSTIFICACIÓN			
El indicador es un resultado directo de las intervenciones que realiza el personal de salud capacitado a través de reuniones de coordinación y/o capacitación con las Juntas Vecinales Comunales (organizaciones locales) para promover prácticas saludables y generar entornos saludables en la población de los sectores priorizados de los distritos seleccionados. Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen la categoría de mayor carga de enfermedad en el Perú, publicado en el Estudio de carga de enfermedad y lesiones en el Perú. En este estudio se ha confirmado que el grupo de daños que causan mayor carga de enfermedad en el país son las enfermedades neuropsiquiatrías. Con datos nacionales de mortalidad y morbilidad se ha estimado que estas enfermedades producen 826 253 AVISA y que representan 16% de todos los AVISA y 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Entre las principales está el abuso de alcohol y dependencia, y la depresión unipolar.			
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS			
Se refiere a aquella Comunidad representada por la Juntas Vecinales Comunales y Agentes Comunitarios que en el marco de la gestión comunal está informado, sensibilizado y capacitado para promover prácticas y entornos saludables e implementar acciones de vigilancia comunitaria para contribuir a la mejora de la salud mental.			
PRECISIONES TÉCNICAS			
Personal de salud del Establecimiento de Salud registra las actividades en la Registro HIS del Sistema de Información de la Oficina General de Estadística e Informática.			
MÉTODO DE CÁLCULO			

FICHA INDICADORES PARA PROGRAMA PRESUPUESTAL
PROGRAMA
Programa Presupuestal: 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de Juntas Vecinales Comunal de distritos priorizados que implementa acciones para reducir la violencia familiar, el consumo de alcohol y/o la depresión.
Numerador: N° Juntas Vecinales Comunales de distritos priorizados que implementa acciones para reducir la violencia familiar, el consumo de alcohol y/o la depresión Denominador: Número de Juntas Vecinales Comunales programadas
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS
BASE DE DATOS
Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial en Salud / Dirección Ejecutiva de Atención Primaria y Gestión Territorial en Salud - Oficina General de Tecnologías e Informática
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Codificación de actividades de Promoción de la Salud en Registro HIS Registro de actividades en el Formato de Actividades Colectiva

3.6.2 Indicadores de producción física

PRODUCTO 1	**ACCIONES COMUNES**
Código de producto / actividad	5005183 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA EN SALUD MENTAL
Unidad de medida	Informe
Código de la unidad de medida	060
Método de medición	Acciones de monitoreo, acciones de supervisión y evaluaciones programadas en el plan de monitoreo y evaluación del PP
Fuente de información de la programación	Plan de monitoreo y evaluación del PP
Fuente de información para la ejecución	SIGA PP
Forma de recolección de información para la ejecución	La información se consolida en el informe operacional trimestral
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 1	ACCIONES COMUNES
Código de producto / actividad	5005184 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS PARA EL ABORDAJE DE TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS DE PSICOSOCIALES
Unidad de medida	Norma técnica
Código de la unidad de medida	080
Método de medición	Normas y guías técnicas implementadas por las DIRESAs y GERESAs para el abordaje de trastornos mentales y problemas de psicosociales.
Fuente de información de la programación	Guías prácticas de clínica y protocolos de atención de problemas priorizados
Fuente de información para la ejecución	Reportes de la DSM
Forma de recolección de información para la ejecución	Forma manual
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 1	ACCIONES COMUNES
Código de producto / actividad	5005185 ACOMPAÑAMIENTO CLINICO PSICOSOCIAL
Unidad de medida	EESS
Código de la unidad de medida	044
Método de medición	DIRESAS y GERESAS monitoreadas, supervisadas, evaluadas y que reciben control en el marco del programa presupuestal acceso de la población a la atención integral de salud mental. Establecimientos de Salud en las que se desarrollan un conjunto de actividades realizada por equipos de profesionales especializados y dirigidas a los equipos interdisciplinarios con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales.
Fuente de información de la programación	N° de establecimientos I-3 y I-4.
Fuente de información para la ejecución	Informes DEL DSM – INSM
Forma de recolección de información para la ejecución	SIGA PP
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 2	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS**
Código de producto	300068
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Personas detectadas (tamizadas), con trastornos mentales y problemas psicosociales.
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	1. Hojas HIS 2. Cuestionarios de evaluación aplicados 3. Hojas de referencia
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 3	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD**
Código de producto	3000699
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Personas con problemas psicosociales que reciben atención de salud mental
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	1. Hojas HIS 2. Reporte SIS 3. Protocolos de atención 4. Buzones de quejas y sugerencias 5. Listas de espera 6. Historias clínicas
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información

PRODUCTO 3	**POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD**
Código de producto	3000699
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM
Denominación de producto 012	**NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 11 AÑOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y/O PROBLEMAS PSICOSOCIALES PROPIOS DE LA INFANCIA, TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Código de producto / actividad	
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Niño y niña de 3 a 11 años con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia, que reciben tratamiento oportunamente.
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	➢ Hojas HIS ➢ Reporte SIS ➢ Protocolos de atención ➢ historias clínicas
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información.
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 4	**PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Código de producto	3000700
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Personas que reciben atención (ambulatorio y con internamiento) por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	1. Hojas HIS 2. Reporte SIS 3. Protocolos de atención para problemas afectivos y ansiosos 4. Inventario de farmacia
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información

PRODUCTO 4	**PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Código de producto	3000700
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 5	**PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUAMENTE**
Código de producto	3000701
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Personas que reciben atención (ambulatorio, con internamiento y rehabilitación) con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol.
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	1. Hojas HIS 2. Reporte SIS 3. Protocolos de atención para problemas afectivos y ansiosos 4. Inventario de farmacia
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 6	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Código de producto	3000702
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Personas que reciben atención (ambulatoria, con internamiento y rehabilitación) por trastornos o síndromes psicóticos.
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	1. Hojas HIS 2. Reporte SIS 3. Protocolos de atención para trastornos psicóticos 4. Inventario de farmacia

PRODUCTO 6	**PERSONAS CON TRASTORNOS Y SINDROMES PSICOTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE**
Código de producto	3000702
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 7	**ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS**
Código de producto	3000703
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	0394
Método de medición	Personas judicializadas (inimputables) con trastornos psicóticos que acceden a servicios
Fuente de información de la programación	Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	1. Hojas de referencia 2. Informes médicos
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 8	**COMUNIDAD CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA**
Código de producto	3000704
Unidad de medida	Comunidad
Código de la unidad de medida	019
Método de medición	Se implementa las guías nacionales sobre violencia, en los establecimientos de salud previa capacitación, según sean médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, u otro personal de salud. organización para las comunidades a intervenir, según criterios de priorización nacional y regional

PRODUCTO 8	COMUNIDAD CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA
Código de producto	3000704
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos del establecimiento de salud o centro de costo, del año anterior, considerando: ➢ detección de trastornos mentales y problemas psicosociales en comunidades elegidas. ➢ utilización del mapa geosanitario y el cívico
Fuente de información para la ejecución	Reportes de comunidades intervenidas
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema manual
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 9	POBLACION EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCION EN SALUD MENTAL
Código de producto	3000705
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	• Niñas, niños, y adolescentes que reciben sesiones de habilidades sociales y taller de prevención en conductas de riesgo. • Adolescentes y padres que reciben taller de prevención en conductas de riesgo.
Fuente de información de la programación	• Registros históricos
Fuente de información para la ejecución	Reporte de talleres realizados
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema manual
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

PRODUCTO 10	FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES
Código de producto	3000706
Unidad de medida	Familias
Código de la unidad de medida	056
Método de medición	Familias que reciben sesión educativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la salud mental
Fuente de información de la programación	➢ registro actualizado de familias según mapa de sectorización población estimada (inei-dirección técnica de demografía/ minsa-ogei) mapa de pobreza-foncodes (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza)

PRODUCTO 10	**FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES**
Código de producto	3000706
	➢ cubo multidimensional para la generación de reportes de la consulta externa – his. (usuarios de intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe
Fuente de información para la ejecución	Reporte de talleres realizados
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema manual
Responsable de medición	MINSA, DGSP-DSM

Denominación de producto 011	COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCION DE LOS TRANSTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES
Código de producto / actividad	3000707
Unidad de medida	Persona capacitada
Código de la unidad de medida	**088**
Método de medición	El personal de salud que realiza la actividad de promoción de la salud, registra dicha actividad según codificación del manual de código de promoción de la salud his. se contabiliza el número de actividades del producto culminadas y registradas en el formato his, y luego se contabiliza por el sistema informático. formula: número de junta vecinal comunal capacitada que promueven prácticas y entornos saludables para contribuir en la disminución de los trastornos mentales y problemas psicosociales.
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: registro de juntas vecinales comunales y organizaciones sociales según mapa de sectorización registro de juntas vecinales y organizaciones sociales de la municipalidad distrital y/o provincial. directorio de acs y proyección de necesidades de número de acs del establecimiento de salud. mapa de pobreza-foncodes (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) cubo multidimensional para la generación de reportes de la consulta externa – his. (usuarios de intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del establecimiento de salud registra las actividades en el registro HIS del sistema de información de la oficina general de estadística e informática.
Responsable de medición	Dirección general de promoción de la salud/dirección ejecutiva de participación comunitaria - oficina general de estadística e informática

4 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

4.1 SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO

Seguimiento del desempeño							
Niv. Obj. / NOMBRE DEL INDICADOR	**UN**	**FUENTE DE DATOS**	**RESP. DEF**	**RES. MED**	**MÉTODO CALCULO**	**BD**	**LB**
RESULTADO FINAL							
Disminuir la discapacidad y mortalidad por trastornos mentales							
RESULTADO ESPECÍFICO							
Incremento de atención en la población general y de alto riesgo con problemas y trastornos de salud mental Porcentaje de personas de 15 años a más con episodio depresivo mayor que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses Porcentaje de personas de 15 años a más que fueron víctimas de violencia física de pareja en los últimos 12 meses Porcentaje de personas de 15 años a más con trastornos por consumo de alcohol que reciben tratamiento por un profesional médico en los últimos 12 meses.	Pob.	• Estadísticas de los servicios de Salud Mental (HIS) • Informe SIS • Informes de Vigilancia Epidemiológica • ENDES	DSM	DSM	Numerador: Número de casos atendidos por problemas psicosociales y trastornos mentales en las redes de servicios de la DIRESAS, GERESAS-MINSA/Denominador: Total de personas con problemas psicosociales y trastornos mentales RESULTADOS ENCUESTA ENDES	X	ND
PRODUCTO 1 ACCIONES COMUNES:							
DIRESAS y GERESAS cumplen con las metas físicas y financieras programadas	DIRESAS /GERESAS	Informes de seguimiento y monitoreo	DSM	DSM	Numerador: Número de DIRESAS Y GERESAS cumplen con las metas físicas y financieras en salud mental Denominador: Número total de DIRESAS Y GERESAS	X	X
PRODUCTO 2: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADOS							
Personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud	Personas atendidas	Informes, registros HIS	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes tamizados por salud mental Denominador: Número de	X	X

					pacientes tamizados en el establecimiento de salud		
PRODUCTO 3: POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD							
6.1 Personas detectadas con problemas psicosociales (tamizaje positivo) tienen diagnóstico y tratamiento	Personas detectadas	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de personas tamizadas por problemas psicosociales (tamizaje positivo) con diagnóstico y tratamiento Denominador: Número de personas con tamizaje positivo con problemas psicosociales	X	X
6.2 problemas psicosociales reciben el paquete de atención.	Personas tratadas	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con tamizaje positivo de problemas psicosociales que reciben el paquete de atención Denominador: Número de pacientes con tamizaje positivo con problemas psicosociales	X	X
PRODUCTO 4: PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE.							
7.1 80 % de las personas detectadas con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, según tamizaje positivo, tienen diagnóstico y tratamiento.	Personas detectadas	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con tamizaje positivo de trastornos afectivos con diagnóstico y tratamiento. Denominador: Número de pacientes con tamizaje positivo con trastorno afectivo	X	X
7.2 50% de las personas que inician tratamiento por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) o de ansiedad reciben el paquete de atención	Persona tratada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con trastornos afectivos que reciben el paquete de atención Denominador: Número de pacientes con trastorno afectivo	X	X
PRODUCTO 5: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE							
8.1 80 % de las personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, según tamizaje positivo, tienen diagnóstico y tratamiento.	Persona detectada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol según tamizaje positivo tienen diagnóstico y tratamiento. Denominador: Número de	X	X

					pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol con tamizaje positivo		
8.2 20 % de las personas que inician tratamiento por algún trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol reciben el paquete de atención.	Persona tratada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con algún trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol que reciben el paquete de atención Denominador: Número de pacientes con algún trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol que inician el tratamiento	X	X
8.3 20% de las personas en tratamiento por dependencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas acceden al programa de rehabilitación en salud mental.	Persona tratada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes por dependencia al consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas acceden a programas de rehabilitación Denominador: Número de pacientes con diagnóstico y tratamiento por dependencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas.	X	X
PRODUCTO 6: PERSONAS CON TRASTORNOS Y SÍNDROME PSICÓTICO. TRATADAS OPORTUNAMENTE							
9.1 90 % de las personas detectadas con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia), según tamizaje positivo, tienen diagnóstico y tratamiento.	Persona atendida	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con síndrome o trastorno psicótico según tamizaje positivo tienen diagnóstico y tratamiento. Denominador: Número de pacientes con síndrome o trastornos psicóticos con tamizaje positivo	X	X
9.2 80% de las personas que inician tratamiento por con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia)reciben el paquete de atención	Persona tratada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con síndrome o trastornos psicóticos (esquizofrenia) que reciben el paquete de atención Denominador: Número de pacientes con síndrome o trastorno psicótico que inician el tratamiento	X	X

9.3 60% de las personas en tratamiento por trastorno mental severo acceden al programa de rehabilitación en salud mental	Persona tratada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de personas con síndrome o trastorno mental severo acceden a programas de rehabilitación Denominador: Número de personas con síndrome o trastorno mental severo con diagnóstico y tratamiento.	X	X
PRODUCTO 7: PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES JUDICIALIZADAS TRATADAS							
100 % de personas judicializadas (inimputables) con trastornos psicóticos que acceden a servicios de tratamiento y rehabilitación de salud mental	Persona judicializada	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de personas judicializadas con trastorno psicótico acceden a servicios de tratamiento y rehabilitación de salud mental Denominador: Número de personas judicializadas con trastorno mental.	X	X
PRODUCTO 8: COMUNIDADES CON POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA.ATENDIDAS							
20% de comunidades con secuela de violencia política fortalecidas	Comunidad	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de comunidades con secuela por violencia política fortalecidas con programas de salud mental Denominador: Número de comunidades con secuela de violencia política.	X	X
PRODUCTO 9: POBLACIÓN EN RIESGO QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
13.1 El 30% de niñas, niños y adolescentes con déficit de habilidades sociales reciben paquete de sesiones de habilidades sociales.	Niños, niñas, adolescentes	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales reciben paquete de sesiones de habilidades sociales Denominador: Número de niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales.	X	X
13.2 El 10% de población entre 10 a 14 años recibe programa de conducta de riesgo en adolescentes (Familias Fuertes)	Población de 10 a 14 años	Informes de avances de Plan Operativo: Trimestral, semestral y anual.	DSM	DSM	Numerador: Número de población de 10 a 14 años en riesgo recibe programa de prevención familiar de conductas de riesgo (familias Fuertes) Denominador: Número de población de 10 a 14 años en riesgo	X	X
PRODUCTO 10:							

FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRANSTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES							
Porcentaje de Familias que reciben sesión educativa para promover prácticas y generar entornos saludables para contribuir a la mejora de la Salud Mental	Familia	Registro HIS	DSM	DSM	Numerador: Número de Familias que reciben sesión educativa para promover prácticas y generar entornos saludables Denominador: Número de familias programadas	X	ND
PRODUCTO 11: COMUNIDADES QUE PROMUEVEN PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA CONTRIBUIR EN LA DISMIN UCION DE LOS TRASTOTRNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES							
Porcentaje de Comunidades que promueve acciones de promoción de la salud mental	Persona capacitada	Registro HIS	DSM	DSM	Numerador: Comunidades que promueve acciones de promoción de la salud mental Denominador: Número de Comunidades programadas	X	ND
PRODUCTO 12: **NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 11 AÑOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Y/O PROBLEMAS PSICOSOCIALES PROPIOS DE LA INFANCIA, TRATADAS OPORTUNAMENTE**							
• **80% de niños y niñas entre 3 y 11 años detectados con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia tienen diagnóstico y tratamiento.**	Persona tratada	Registro HIS	DSM	DSM	Numerador: Número de niñas y niños entre 3 y 11 años trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia con diagnóstico y tratamiento. Denominador: Número de pacientes Número de niñas y niños entre 3 y 11 años con tamizaje positivo trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia		
30% de niños y niñas entre 3 y 11 años que inician tratamiento con trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia reciben el paquete de atención.	Persona tratada	Registro HIS	DSM	DSM	Numerador: Número de pacientes con trastornos afectivos que reciben el paquete de atención Denominador: Número de pacientes con trastorno afectivo		