



Guía Técnica de continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales graves y/o problemas psicosociales de riesgo en los Centros de Salud Mental Comunitaria

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 663-2023/MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud



BICENTENARIO
PERÚ
2024

Guía Técnica de continuidad
de cuidados para personas
con trastornos mentales graves
y/o problemas psicosociales
de riesgo en los Centros de
Salud Mental Comunitaria

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 663-2023/MINSA

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Guía técnica de continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales graves y/o problemas psicosociales de riesgo en los Centros de Salud Mental Comunitaria / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2024. 78 p. ilus.

SALUD MENTAL / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / TRASTORNOS MENTALES / CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL / GRUPOS DE RIESGO / IMPACTO PSICOSOCIAL / SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES / VISITA DOMICILIARIA / FACTORES DE RIESGO

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-07375

Guía Técnica de Continuidad de Cuidados para Personas con Trastornos Mentales Graves y/o Problemas Psicosociales de Riesgo en los Centros de Salud Mental Comunitaria. R. M. Nº 663-2023/MINSA

Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental (MINSA/DGIESP/DSAME).

Responsables de elaboración de la Dirección de Salud Mental:

Enf. María de los Ángeles Mendoza Vilca, Equipo técnico.
Enf. Rita Marión Uribe Obando.
Enf. Victoria Isabel Peña Palma, Equipo técnico.
Enf. Marco Antonio Quispe Carmelo, Equipo técnico.
Enf. Sylva Elsy Aguilar Flores, Equipo técnico.
Méd. Psiq. Yuri Cutipé Cárdenas, Equipo técnico.
Psic. Gladys Zoraida Champi Jalixto, Equipo técnico.

Equipo de trabajo de la Dirección de Salud Mental:

Méd. Psiq. Margarita Yamile Natalia Pinao Suárez
Méd. Psiq. Vanessa Evelyn Herrera López
Enf. Leidi Julisa Vivas Ramos
QF. Mery Luz Pillaca Medina
Psic. María Gioconda Coronel Altamirano
Enf. Ruth Rosa Espinoza Villafuerte
Psic. Miguel Ángel Hinojosa Mendoza
Psic. Rosa María Zapata Guizado
Psic. Edith Brígida Santos Zúñiga
Psic. Patricia Alvarado Chirinos
Psic. Klaris Zúñiga Medina
Psic. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola
Méd. Psiq. Manuel Eduardo Escalante Palomino
Méd. Psiq. Natalia Ascurra Cano
Méd. Psiq. Humberto Maldonado Ruiz
Psic. María Elena Morante Maco
Psic. María del Pilar Luna Ríos
Enf. Betzy Elizabeth Quiñonez Barrueta
Enf. Elena María Núñez Valdivia
Psic. Evelyn Yuvisa Moreno García
Méd. Psiq. Benilda Velasquez Hilaraca
Abog. Luis Miguel Jesús Lena Meza
Comunicadora Susana Mercedes Gonzales Urbina

Equipo de revisores:

Méd. Psiq. July Esther Caballero Peralta, MINSA/DGIESP/DSAME
Méd. Luis Robles Guerrero, MINSA/DGIESP/DSAME
Méd. Psiq. Carlos Abel Bromley Coloma, MINSA/DGIESP/DSAME
Psic. Carmen Cecilia Contreras Martínez, Socios En Salud

Equipo de validación:

T.O. Sherelyn Fernandez Quispe, CSMC La Victoria
Enf. Sendy Rodrigues Falcon, CSMCU San Marcos
Psic. Piero Dolorier Orellana, CSMC Carabayllo
Enf. Micaela Quilca Durand, CSMC Omate
Psic. Mauricio Toyama Galla, CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia
Psic. Luis Avila Vera, CSMC La Perla
Méd. Psiq. Litman Heiner Mamani Masco, CSMC Pakkarin
Enf. Jesser Enciso Dueñas, CSMC Acobamba
Enf. Fredy Edgar Aguirre Blas, CSMC Uyarina Wasi
Psic. Francisco Díez Canseco, CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia
Enf. Esperanza del Rocio Moncada Toledo, CSMC Catacaos
Enf. Marjorie Villegas Medina, CSMC Cayma
Enf. Ana Manuela Leon Barzola, CSMC Samay (Respira)

Apoyo Administrativo:

Adm. Carolina Inés Meza Flores, MINSA/DGIESP/DSAME
Adm. Valery Antonella Peralta Rodríguez, MINSA/DGIESP/DSAME

Diseño y diagramación:

Editora EISA S.R.L.

©MINSA, julio 2024

Ministerio de Salud
Av. Salaverry N° 801, Lima 11 – Perú
Telf.: (51-1) 315-6600
<https://www.gob.pe/minsa/>
webmaster@minsa.gob.pe

1ª. Edición, julio 2024

Versión digital disponible:

<https://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/7429.pdf>



PERÚ

Ministerio
de Salud

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ

Ministro de Salud

ERIC RICARDO PEÑA SÁNCHEZ

Viceministro de Salud Pública

CIRO ABEL MESTAS VALERO

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

MOISÉS IVÁN GUILLÉN CÁRDENAS

Secretario General

CRISTIAN DIAZ VELEZ

Director General de la Dirección General de
Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

JULY ESTHER CABALLERO PERALTA

Directora Ejecutiva de la Dirección de Salud Mental

CONTENIDO

RESOLUCIÓN MINISTERIAL	6
1. FINALIDAD	9
2. OBJETIVO	10
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	11
4. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	12
5. CONSIDERACIONES GENERALES	13
5.1. ACRÓNIMOS.	13
5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.	14
6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	23
6.1. DE LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE LA CC:	23
6.2. IMPLEMENTACIÓN DE LA CC:	25
6.3. PROCEDIMIENTOS:	27
7. RESPONSABILIDADES	38
Nivel nacional:	38
Nivel regional:	38
Nivel local:	38
8. ANEXOS	39
ANEXO 1: FORMATO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	40
ANEXO 2: INFORME DEL(DE LA) COORDINADOR(A) DEL CSMC	44
ANEXO 3: INFORME MENSUAL DEL(DE LA) GESTOR(A) DE CUIDADOS	45
ANEXO 4: FICHA DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS	46
ANEXO 5: PADRÓN NOMINAL	47
ANEXO 6: REGISTRO DE HIS	48

ANEXO 7:	ESCALA DE HONOS Escala de resultados en salud	53
ANEXO 8:	APGAR FAMILIAR	55
ANEXO 9:	TEST DE MORISKY Y GREEN	57
ANEXO 10:	ESCALA DE SOBRECARGA DEL(DE LA) CUIDADOR(A) DE ZARIT	58
ANEXO 11:	FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA	60
ANEXO 12:	FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR	61
ANEXO 13:	FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR	63
ANEXO 14:	FLUJOGRAMA DE INGRESO A LA CC	65
ANEXO 15:	ESCALA WHOQOL	66
ANEXO 16:	ESCALA RAS	70
ANEXO 17:	FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA CC	72
ANEXO 18:	PAUTAS PARA REALIZAR CONSEJERÍA EN SALUD MENTAL	73
ANEXO 19:	PAUTAS PARA REALIZAR PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL	74
ANEXO 20:	PAUTAS PARA REALIZAR UNA VISITA DOMICILIARIA	75
ANEXO 21:	PAUTAS PARA ARTICULAR REDES COMUNITARIAS Y ELABORACIÓN DE ECOMAPA	76

9. BIBLIOGRAFÍA

77



Resolución Ministerial



Lima, 13 de Julio del 2023



Visto, el Expediente N° DGIESP20230000191, que contiene la Nota Informativa N° D001163-2023-DGIESP-MINSA y el Informe N° D000097-2023-DGIESP-DSAME-MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, y el Informe N° D000450-2023-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, respectivamente. Asimismo, el numeral V del Título Preliminar de la precitada Ley, modificado por la Quinta Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 29973, ha previsto que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud mental de la población, entre otros;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, los literales b) y h) del artículo 5 del acotado Decreto Legislativo, modificado por Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otros;

Que, el numeral 2 del artículo 4 de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, ha previsto que dicha Ley tiene por finalidad garantizar el respeto a la dignidad de las personas con problemas de salud mental o discapacidad, las que gozan de un régimen legal de protección integral y de atención, a través del modelo de atención comunitaria, con continuidad de cuidados, rehabilitación psicosocial y reinserción social. Asimismo, el numeral 6 del artículo 5 de dicha Ley define al modelo de atención comunitaria como un modelo de atención de la salud centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud



mental, así como la continuidad de cuidados de las personas, familias y colectividades con problemas de salud mental, en cada territorio;

Que, el apartado 1 del subnumeral 3.1 del artículo 3 del Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA, ha definido la continuidad de cuidados como el uso simultáneo y/o sucesivo de los servicios de la red de salud, tanto sanitarios como sociales. Implica la corresponsabilidad y coordinación con diligencia y oportunidad, utilizando diversos medios de comunicación y notificación entre los servicios y los(as) usuarios(as), de manera tal que se garantice la ausencia de vacíos o hiatos en el cuidado integral y se evite la desvinculación con los servicios. Su intensidad es proporcional a la complejidad clínica y psicosocial de los(as) usuarios(as). Incluye la provisión de visitas domiciliarias integrales por el equipo de salud mental;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas en Salud Pública en materia de salud mental, entre otras;

Que, con Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, se aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios, cuya finalidad es contribuir a mejorar la salud mental y la calidad de vida de su población asignada y, en particular, de las personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, sus familias y su comunidad, facilitándoles el acceso a los servicios de salud y a las acciones sanitarias de salud mental en el país;

Que, en ese sentido, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha propuesto para aprobación la Guía Técnica de Continuidad de Cuidados para Personas con Trastornos Mentales Graves y/o Problemas Psicosociales de Riesgo en los Centros de Salud Mental Comunitaria, cuya finalidad es contribuir a la recuperación, calidad de vida, la integración familiar y comunitaria de las personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo, mediante el fortalecimiento de la continuidad de cuidados (CC) en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC);

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Con el visado de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y por el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N° 011-2017-SA y N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica de Continuidad de Cuidados para Personas con Trastornos Mentales Graves y/o Problemas Psicosociales de Riesgo en los Centros de





Resolución Ministerial

Lima, 13 de Julio del 2023

Salud Mental Comunitaria, que como Anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial y que se publica en la sede digital del Ministerio de Salud.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud



1

FINALIDAD

Contribuir a la recuperación, calidad de vida, la integración familiar y comunitaria de las personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo, mediante el fortalecimiento de la continuidad de cuidados (CC) en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC).



2

OBJETIVO



Establecer los criterios conceptuales y metodológicos para la implementación, ejecución y evaluación de la CC de las personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo en los CSMC.

3

ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación en los CSMC del Ministerio de Salud, a cargo de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), y de los Gobiernos Regionales, a cargo de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces a nivel regional. Puede servir de referencia para el Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como para los establecimientos de salud privados y mixtos que realizan actividades de salud mental.



Direcciones de Redes
Integradas de Salud
(DIRIS)



Direcciones
Regionales de
Salud



Gerencias
Regionales de
Salud

4

PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales graves y/o problemas psicosociales de riesgo en los CSMC.



5

CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. ACRÓNIMOS.

CEM: Centro Emergencia Mujer.

CONADIS: Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad.

DEMUNA: Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente.

HC: Historia Clínica.

HIS: Sistema de Información de Salud.

IA: Inicio de Actividad.

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

OMAPED: Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad.

ONG: Organización No Gubernamental.

PCCI: Plan de Continuidad de Cuidados Individualizados.

TA: Término de Actividad.

TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación.

TMG: Trastorno Mental Grave.

5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.

1. Adherencia al tratamiento integral:

Es el cumplimiento por parte de la persona usuaria (previo consentimiento informado y compromiso consensuado con el equipo interdisciplinario tratante) de su PCCI que busca su recuperación en base a sus necesidades. Esto implica cumplir con su tratamiento farmacológico, tratamiento psicoterapéutico y otras intervenciones (psicoeducación, actividades ocupacionales, entre otros), así como comunicar sus temores u otras situaciones que considere importante para recibir el apoyo correspondiente.

2. Administración del tratamiento farmacológico:

Son las acciones que realiza el/la profesional de enfermería para proporcionar medicamentos prescritos por el/la médico tratante a la persona usuaria según sus necesidades, ya sea en el CSMC o en su domicilio, hasta que logre su autonomía o tenga el soporte de su cuidador(a) o familiar. Previamente, se le brinda información a la persona usuaria sobre el medicamento, sus beneficios, la frecuencia, la vía de administración, entre otros; se solicita su consentimiento informado y, en casos de emergencia, la de su cuidador(a).

3. Acompañamiento psicosocial:

Es el conjunto de actividades desarrolladas por parte del equipo interdisciplinario tratante del CSMC que brindan soporte continuo y compañía a la persona usuaria y/o su cuidador(a) durante el proceso de atención y la vinculación con sus redes, favoreciendo su autonomía gradual.



4. Adecuación cultural en salud:

Son las condiciones que debe adoptar la prestación del servicio de salud para generar confianza y empatía con las personas usuarias con determinados patrones culturales, a fin de lograr la relación de fidelidad y seguridad que debe sentir ella respecto del servicio donde se atiende. Tal adecuación incluye la incorporación de una serie de aspectos que comprenden el idioma, las costumbres, la decoración, la comunicación, el trato, entre otras, y que reflejan las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio de salud o del ámbito de origen de la población a la que se atiende. Siempre debe realizarse manteniendo el respeto mutuo, rechazando cualquier forma de imposición de uno u otro actor, y en ningún caso poniendo en peligro la salud de las personas usuarias.

5. Calidad de vida:

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, y que es demostrable objetivamente. Incluye aspectos de bienestar físico, psicológico y social, y las relaciones con el entorno y la comunidad, que permite afirmar que la persona vive con dignidad. Alcanzar ese estado depende de múltiples factores: sociales, económicos, políticos, culturales, educativos, laborales, sanitarios, ambientales, entre otros. Es diferente de la percepción de la calidad de vida, la cual es subjetiva y responde a patrones personales de tipo cultural, educativo, económico, entre otros. Las mismas condiciones de vida pueden tener diferentes percepciones de calidad de vida para diferentes personas, justamente por ser una dimensión subjetiva.

6. Cobertura universal y acceso en salud:

Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los(as) usuarios(as) a dificultades financieras o empobrecimiento, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. Se basa en reconocer que la salud es un derecho humano y la equidad es un aspecto primordial para hacerlo efectivo.



7. Continuidad de Cuidados:

Es el proceso de atención de salud de forma continua, intensiva y personalizada que recibe la persona usuaria y/o su cuidador(a), en el cual participan de manera activa, que implica la acción articulada entre los establecimientos de salud de la misma red o fuera de ella, con intervenciones centradas en la persona usuaria y su entorno que garantizan la calidad de cuidados, favoreciendo el bienestar y el funcionamiento en respuesta a sus necesidades. Tiene como componentes:

- **Componente clínico:** Actividades que buscan la atención del problema de salud mental y físico de la persona usuaria y su cuidador(a), orientadas a la disminución de sintomatología para mejorar su calidad de vida aun cuando existan limitaciones causadas por un problema de salud.
- **Componente psicosocial:** Actividades que buscan la atención de la persona usuaria para la satisfacción de sus necesidades psicosociales relacionadas a la familia y trabajo, para su funcionamiento dentro de su comunidad.
- **Componente de gestión:** Actividades administrativas que buscan facilitar la pertinencia, organización, oportunidad, calidad de los componentes clínico y psicosocial.

8. Consulta individual:

Es la atención personalizada en salud que recibe la persona usuaria por un(a) profesional del CSMC, siguiendo diversos métodos y enfoques que son decididos en las primeras sesiones; habitualmente, los métodos se van modificando durante el proceso de la consulta individual de manera que se ajusten al momento de la persona usuaria, esto es, a sus necesidades, ritmo de progreso y situación vital en que se encuentre. Se realiza mediante diversas técnicas, como la entrevista, observación y otras, en un espacio seguro donde se genera un clima de calidez y confianza con una actitud centrada en la escucha activa y empatía. Esta puede ser de manera presencial en el establecimiento de salud, en el domicilio o virtual, usando las TIC.

9. Cuidado integral en salud:

Son las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias destinadas a promover hábitos y conductas saludables; buscan preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitar, paliar el sufrimiento físico o mental, fortalecer la protección familiar y social.

Comprende, por un lado, las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud en torno a la persona, familia y comunidad, en el Sistema de Salud, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, aplicando los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud.

10. Cuidados en salud:

Son un conjunto de acciones individuales y/o grupales que se brindan a la persona usuaria y al entorno que la rodea, de forma horizontal y participativa, favoreciendo sus potencialidades con la finalidad de mantener o mejorar su salud. Incluye asistencia o ayuda, atención, acompañamiento y disminución de riesgo.



11. Cuidador(a):

Es la persona que brinda cuidado a la persona usuaria que necesita apoyo o asistencia y, usualmente, vive con él o ella.

12. Discusión de la situación de la persona usuaria:

Es la reunión técnica entre el(la) gestor(a) de cuidados y el equipo interdisciplinario tratante, con la participación de la persona usuaria y/o su cuidador (a), en donde se realiza:

- Presentación de la situación de la persona usuaria.
- Elaboración y revisión del PCCI.
- Monitoreo, evaluación del cumplimiento de objetivos y tratamiento.

Estos acuerdos se registran en el formato de la CC (Anexo 1).

13. Equipo interdisciplinario tratante:

Es un grupo de 2 o más profesionales de diferentes disciplinas del servicio del CSMC en el que se atiende la persona usuaria; es responsable de su tratamiento y recuperación mediante intervenciones colaborativas, permitiendo combinar sus conocimientos para elaborar un plan de intervenciones centrado en sus problemas de salud, necesidades y potencialidades para lograr su recuperación.



14. Evaluación integral:

Es el proceso de valoración realizado de manera conjunta y sincrónica por 2 o más miembros del equipo interdisciplinario tratante del CSMC donde se incorporan los diagnósticos descriptivos de todos los que participan de acuerdo con la perspectiva, necesidades, demandas de la persona y finaliza con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones en conjunto con la persona usuaria.

15. Grado de afectación:

Es el nivel de alteración causada por el trastorno mental y/o problema psicosocial de riesgo en la persona usuaria, el cual se establece mediante una evaluación de diversas áreas de la persona usuaria y su entorno. Se clasifica en:

- Grado de afectación leve.
- Grado de afectación moderada.
- Grado de afectación grave.

16. Modelo de cuidado en salud mental comunitaria:

Es una forma de organización de la prestación de los servicios de salud mental para brindar cuidados integrales basados en las necesidades, demandas y potencialidades con la participación protagónica de la comunidad, las personas usuarias y sus familias, desde los enfoques de derechos humanos, género, curso de vida, interseccionalidad, interculturalidad, interdisciplinariedad y territorialidad para asegurar la promoción, la prevención de riesgos y la recuperación de las personas afectadas en su salud mental.

17. Movilización de redes comunitarias:

Es la articulación de las redes comunitarias que realiza el equipo interdisciplinario tratante de CC del CSMC con distintos actores sociales, representantes de las personas usuarias, recursos sanitarios y recursos comunitarios, con el fin de favorecer la promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación en salud mental.

18. Plan de Continuidad de Cuidados Integral:

Es un documento que se elabora, en el marco de la CC, con la participación de la persona usuaria (que ingresó a la CC), el equipo interdisciplinario tratante y/o su cuidador(a), de manera conjunta, donde se formula la planificación de múltiples intervenciones a realizar en base a necesidades, problemas y potencialidades identificados en la evaluación. Está estructurado de la siguiente manera (Anexo 1):

- Necesidades y problemas.
- Potencialidades
- Objetivos.
- Actividades.
- Responsables.
- Evaluación (Descripción sucinta y calificación del logro según los siguientes criterios: cumplido, en proceso y no cumplido).



El PCCI es revisado y/o actualizado cada 15 días por el(la) gestor(a) de cuidados según sea la necesidad de la persona usuaria y, de corresponder, coordina con el equipo interdisciplinario tratante.

19. Problema psicosocial:

Son aquellas situaciones que pueden afectar la salud física y mental de las personas usuarias que surgen en las interacciones interpersonales o provienen del entorno social que impide su desarrollo, progreso y la satisfacción de sus necesidades básicas.



20. Problema psicosocial de riesgo:

Son aquellas situaciones relacionales con la familia y/o entorno que ponen en riesgo la vida y la salud mental de la persona; pueden asociarse con situaciones de violencia, abandono socio familiar u otros que surgen en las interacciones interpersonales o provienen del entorno social.

21. Psicoeducación:

Es una intervención realizada por un(a) profesional del equipo interdisciplinario tratante dirigida a la persona usuaria, familia y/o cuidador(a), basada en sus necesidades, estableciendo una relación horizontal, empática y respetuosa que tiene por objetivo favorecer la expresión de emociones, pensamientos y conductas, así como el intercambio de saberes y la reflexión crítica para esclarecer el conocimiento sobre sus problemas, necesidades, potencialidades, responder preguntas y brindar técnicas para ayudarlo a desarrollar sus capacidades de afrontamiento. Usa diversas técnicas, utilizando diversos instrumentos y materiales didácticos que faciliten su éxito.

22. Recaída:

Es aquella situación en la que, en la persona usuaria, después de haber recuperado su salud mental, reaparecen los síntomas del mismo trastorno mental y del comportamiento que la aquejaba.

23. Recuperación:

Es un proceso personal y único de cambiar las actitudes, metas, habilidades y roles de la persona usuaria para tener una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por el problema de salud mental, y es medida según la Escala de Evaluación de la Recuperación: Dominios y Etapas (RAS).

La recuperación de la persona usuaria presenta 4 componentes:

- Encontrar esperanza y mantenerla: Creer en uno(a) mismo(a), tener sentido de autocontrol y optimismo sobre el futuro.
- Restablecimiento de la identidad positiva: Encontrar una nueva identidad que incorpore el problema de salud mental pero que mantenga un sentido positivo de uno(a) mismo(a).
- Construir una vida con sentido, entender el problema de salud mental: Encontrar un sentido a la vida incluso con las limitaciones causadas por el problema de salud mental y continuar con su vida.
- Asumir responsabilidad: Siendo autónomo respecto a los cuidados y proyecto de vida.



24. Redes comunitarias de salud mental:

Es el conjunto de relaciones e intercambio sostenido, en el cual se establecen compromisos entre personas, grupos y organizaciones, con el propósito de cubrir las necesidades de la persona usuaria y su entorno. Esta vinculación es generada por la persona usuaria y el equipo interdisciplinario tratante, la cual se plasma en un ecomapa, y son las siguientes:

- **Redes comunitarias de salud mental primaria:** La conforman las amistades y los vecinos de la persona usuaria.
- **Redes comunitarias de salud mental secundaria:** La conforman los grupos recreativos, las organizaciones religiosas, las organizaciones de base y sociales, así como las relaciones laborales o de estudio vinculadas a la persona usuaria, como organizaciones de vaso de leche, comedor popular u otras que se estimen pertinentes.
- **Redes comunitarias de salud mental terciaria:** La conforman las instituciones y organizaciones, como el CEM, Comisaría, Juzgado de familia, DEMUNA, ONG's, OMAPED, CONADIS, Centros Integrales del Adulto Mayor, Círculos/Club del Adulto Mayor u otras que se estimen pertinentes.

25. Riesgo:

Es la probabilidad de la presencia de una o más características o factores que incrementan la aparición de un evento (por ejemplo, todos los tipos de violencia y autolesión) que altere la integridad física y mental de la persona usuaria. Es importante conocer el riesgo ya que nos indica la necesidad de atención inmediata.

26. Salud intercultural:

Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes en un espacio físico o social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Tiene por objeto crear estrategias de atención conjunta para abordar la salud y la enfermedad, basadas en el derecho a la vida y la salud. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud en:

- La forma en que el sistema de atención de salud (profesionales, técnicos, gestores y autoridades) y la población percibe la vida, la salud y la enfermedad, los tratamientos y formas de prevención, entre otros.
- El acceso a los servicios de salud debido a normas y valores culturales de la población.
- Las formas de entender la atención médica, así como los roles del personal de la salud y de las personas usuarias.
- La manera en que las comunidades y las personas comunican su bienestar, malestar, síntomas o aceptan tratamientos, entre otros.
- Diferencias de idioma, conocimiento, religión, género y otros entre el personal que atiende y la persona usuaria.

27. Seguimiento:

Es el proceso de acompañamiento continuo de forma horizontal en la recuperación, lo que incluye el monitoreo del estado de bienestar físico, mental y social de la persona usuaria, la adherencia al tratamiento integral, la percepción de su mejoría y si ha adoptado las recomendaciones que le brindó el equipo interdisciplinario tratante.

28. Teleorientación:

Es el conjunto de acciones que desarrolla un(a) profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.



29. Telemonitoreo:

Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las IPRESS, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros/as profesionales de la salud.

30. Trastorno mental grave:

Es una condición de evolución prolongada debido a un trastorno mental que repercute de manera importante en su pensamiento, emociones, percepción y comportamiento que limitan el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de la persona usuaria (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada) con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada.

31. Visita domiciliaria:

Es la entrega de servicios de salud en el domicilio de la persona usuaria cuando ésta o su familia tienen limitaciones para asistir al CSMC o cuando se requiere estudiar la dinámica familiar y otras condiciones de la vida familiar o comunitaria que pueden afectar la salud de la persona usuaria, así como realizar intervenciones específicas dentro del hogar y/o con la participación de la familia. Está planificada y estructurada según las necesidades y/o problemas de la persona usuaria. Toda visita es registrada en la HC con el respectivo informe y de identificar una urgencia se actúa en correspondencia, se facilita la intervención de los servicios pertinentes y se comunica al equipo interdisciplinario de turno el mismo día de la visita.



6

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE LA CC:

a. Conformación del equipo:

- **Jefe(a) del CSMC.**
- **Coordinador(a) de la CC:** Es el/la profesional de enfermería con especialidad en salud mental, en caso de no contar con el/la profesional de enfermería con especialidad en salud mental se asigna al el/la profesional de enfermería con competencias en salud mental del CSMC.
- **Gestores(as) de cuidados:** Es el/la profesional del equipo interdisciplinario tratante (psiquiatra, enfermero(a), médico(a) de familia, psicólogo(a), terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, médico(a) cirujano) de la persona usuaria a quien el/la coordinador(a) de la CC les asigna la dirección del cuidado de las personas que son incluidas en la CC.
- **Equipo interdisciplinario tratante:** Es el conjunto de profesionales y técnicos del servicio encargado del cuidado de la salud mental de la persona usuaria en el CSMC.

b. Responsabilidades:

b.1. Jefe(a) del CSMC:

- Asegurar la implementación y el funcionamiento permanente de la CC en el CSMC.
- Brindar la asistencia técnica al equipo interdisciplinario tratante de la CC.
- Gestionar y asignar los recursos necesarios para el óptimo funcionamiento de la CC.
- Asignar a el/la profesional de enfermería con especialidad en salud mental, en caso de no contar con el/la profesional de enfermería con especialidad en salud mental, asigna al el/la profesional de enfermería con competencias en salud mental del CSMC.
- Evaluar el funcionamiento de la CC.

b.2 Coordinador(a) de la CC:

- Gestionar la implementación de la CC.
- Realizar reuniones de coordinación con los(as) gestores(as) para dialogar, intercambiar opiniones y tomar decisiones en conjunto con el objetivo de tomar acuerdos sobre las estrategias y otras acciones que mejoren la CC.

- Asegurar que cada persona usuaria ingresada a la CC tenga un(a) gestor(a) de cuidados.
- Coordinar las actividades y verificar que el(la) gestor(a) de cuidado cumpla con sus funciones.
- Implementar y supervisar la actualización del padrón nominal de la CC.
- Coordinar y participar con los distintos actores sociales, sanitarios, comunitarios y el(la) jefe del CSMC en las reuniones de articulación entre las redes comunitarias y el CSMC.
- Supervisar el cumplimiento del PCCI de las personas usuarias mediante reuniones de al menos 1 vez al mes con los(as) gestores de cuidados.
- Monitorear y evaluar el funcionamiento de la CC.
- Mantener informado al(la) jefe del CSMC sobre el funcionamiento de la CC.
- Informar de manera trimestral al(la) jefe del CSMC sobre el monitoreo y evaluación de la CC mediante un informe (Anexo 2).
- Mantener actualizada la información sobre los indicadores de la CC en la sala situacional del CSMC.
- Articular con las redes comunitarias de salud mental secundaria y terciaria.

b.3. Gestor(a) de cuidados:

- Realizar la evaluación inicial, el seguimiento y el alta de la persona usuaria de la CC.
- Elaborar el PCCI con la participación de la persona usuaria y el equipo interdisciplinario tratante, incluyendo el abordaje de prevención de riesgo y crisis, de ser necesario.
- Coordina y conduce las discusiones de la situación de la persona usuaria con la participación de la persona usuaria y el equipo interdisciplinario tratante en las reuniones programadas.
- Ingresar y actualizar la información de la persona usuaria asignada en el padrón nominal.
- Coordinar la ejecución de las intervenciones plasmadas en el PCCI.
- Articular con la familia y las redes comunitarias de salud mental primarias.
- Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de los objetivos del PCCI.
- Mantener contacto continuo con la persona usuaria y/o su cuidador(a) durante la estancia en la CC.
- Informar mensualmente de forma escrita o virtual sobre las actividades e intervenciones realizadas de forma mensual dirigido al(a la) coordinador(a) de la CC en el CSMC (Anexo 3).

b.4. Equipo interdisciplinario tratante:

- Participar activamente en las discusiones de la situación de la persona usuaria y la elaboración del PCCI.
- Dialogar, intercambiar opiniones y tomar decisiones en conjunto con el objetivo de lograr la recuperación de la persona usuaria y su entorno.
- Realizar las intervenciones comprendidas en el PCCI, hacer el registro correspondiente en la HC y en el HIS.
- Informar al(a la) gestor(a) de cuidados sobre los eventos de importancia que sucedan en el proceso de recuperación de la persona usuaria.



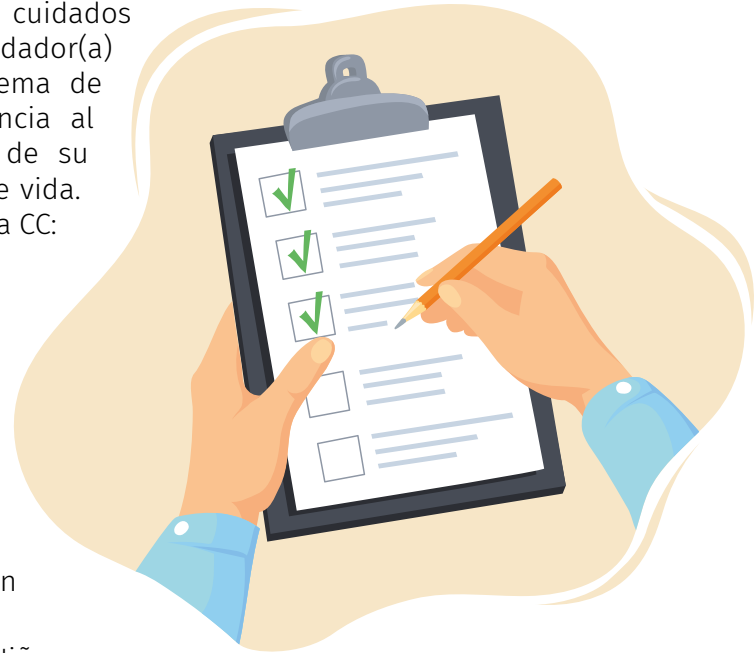
6.2. IMPLEMENTACIÓN DE LA CC:

Para llevar a cabo los diversos procesos considerados en la presente guía técnica, son necesarios los siguientes requerimientos básicos:

a. Formatos de evaluación:

Son instrumentos que el(la) coordinador(a) de cuidados aplica en la atención a la persona usuaria y/o su cuidador(a) para valorar el grado de afectación del problema de salud mental, funcionamiento y salud, adherencia al tratamiento, funcionalidad familiar, sobrecarga de su cuidador(a), proceso de recuperación y calidad de vida. Estos se aplican cada 3 meses desde el ingreso a la CC:

- Escala de HoNOS.
- Escala de HoNOSCA
- Test Morisky y Green.
- Apgar Familiar. (Adultos y niños)
- Escala de Zarit.
- Escala de WHOQOL.
- Escala de RAS.
- Ficha de Valoración de Riesgo en Mujeres en Situación de Violencia de Pareja o Expareja.
- Ficha de Valoración de Riesgo de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en el Entorno Familiar.
- Ficha de Valoración de Riesgo en Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar.



b. Formato de la CC:

Es el documento propio de la CC que utiliza el equipo interdisciplinario tratante, que contiene información específica de la persona usuaria y tiene la siguiente estructura (Anexo 1):

- Datos generales.
- Problemas y necesidades identificadas.
- Plan de contención de crisis.
- Evaluación de la severidad y el proceso de recuperación.
- PCCI.
- Acuerdo de cuidados y consentimiento informado.

Este formato debe ser llenado por el equipo interdisciplinario tratante bajo la orientación del(de la) gestor(a) de cuidados, y estar en la HC de la persona usuaria.

c. Ficha de programación y seguimiento de la ejecución de actividades realizadas:

Es un formato individual que elabora el(la) gestor(a) donde se registran las fechas y las actividades programadas y realizadas con la persona usuaria y su entorno para verificar el cumplimiento de las mismas. Puede realizarse de forma digital o impresa y cada una de las fichas debe visibilizar el grado de afectación de las personas usuarias según los colores correspondientes. (leve-verde, moderado-amarillo y grave-rojo) (Anexo 4).

d. Padrón nominal:

Es un documento virtual donde el(la) gestor(a) de cuidados registra la información de las personas usuarias que ingresan a la CC para contar con una base de datos ordenada que permita realizar el seguimiento de los indicadores de la CC y hacer el seguimiento del progreso de la recuperación de la persona usuaria. El acceso a este padrón se divide en 2 niveles:

1. Nacional: Equipo de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. Sólo accede a información estadística y anonimizada por establecimiento de salud o CSMC. Si necesita acceder a la información personal de una persona usuaria, debe solicitar la autorización a dicho titular, de acuerdo a lo dispuesto por ley.
2. Por CSMC: Equipo de la CC. Sólo este personal accede a la información personal de cada persona usuaria del CSMC. No puede ingresar a la información de otro establecimiento.

Se actualiza de forma diaria y tiene la siguiente estructura en el nivel local (Anexo 5):

- Nombres y apellidos completos.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Género.
- Diagnóstico de salud mental 1.
- Diagnóstico de salud mental 2.
- Diagnóstico de salud mental 3.
- Diagnóstico físico.
- Servicio en el que se atiende.
- Gestor(a) de cuidados.
- Fecha de ingreso.
- Fecha de reingreso.
- Evaluación 1 (HoNOS)
- Evaluación 1 (Honosca)
- Evaluación 1 (Morisky y Green).
- Evaluación 1 (Apgar familiar).
- Evaluación 1 (Escala de Zarit).
- Evaluación 1 (Valoración de Riesgo en Mujeres en Situación de Violencia de Pareja o Expareja).
- Evaluación 1 (Valoración de Riesgo de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en el Entorno Familiar).
- Evaluación 1 (Valoración de Riesgo en Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar).
- Evaluación 1 (Puntaje total).
- Evaluación 1 (Grado de severidad). Evaluación 2 (HoNOS)
- Evaluación 2 (Honosca)
- Evaluación 2 (Morisky y Green).
- Evaluación 2 (Apgar familiar).
- Evaluación 2 (Escala de Zarit).
- Evaluación 2 (Valoración de Riesgo en Mujeres en Situación de Violencia de Pareja o Expareja).
- Evaluación 2 (Valoración de Riesgo de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en el Entorno Familiar).
- Evaluación 2 (Valoración de Riesgo en Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar).
- Evaluación 2 (Puntaje total).
- Evaluación 2 (Grado de severidad).
- PCCI.



- Evaluación 3 (HoNOS)
- Evaluación 3 (Honosca)
- Evaluación 3 (Morisky y Green).
- Evaluación 3 (Apgar familiar).
- Evaluación 3 (Escala de Zarit).
- Evaluación 3 (Valoración de Riesgo en Mujeres en Situación de Violencia de Pareja o Expareja).
- Evaluación 3 (Valoración de Riesgo de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en el Entorno Familiar).
- Evaluación 3 (Valoración de Riesgo en Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar).
- Evaluación 3 (Puntaje total).
- Evaluación 3 (Grado de severidad).
- PCCI.
- Resultado de escala de calidad WHOQOL.
- Resultado de escala de evaluación de recuperación RAS.
- Fecha de alta.

6.3. PROCEDIMIENTOS:

Son todas las actividades e intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario tratante del CSMC en la CC. Estas deben de ser anotadas en la HC y registradas en el HIS. (Anexo 6).

a. Derivación a la CC:

La derivación se puede dar en la evaluación integral, consulta individual, visita domiciliaria u otros. Si el(la) profesional del equipo interdisciplinario (psiquiatra, enfermero(a), médico(a) de familia, psicólogo(a), terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, médico(a) cirujano, químico(a) farmacéutico(a) considera necesario el ingreso de la persona usuaria a la CC debe indicar la sugerencia de inclusión. Esta indicación se registra en la HC y se informa verbalmente al(la) coordinadora(a) de la CC.

Esta derivación se realiza de acuerdo a los siguientes criterios:

a.1. Criterios de la derivación:

La persona usuaria (de todas las edades) que presente un problema psicosocial de riesgo y/o trastorno mental grave que presente como mínimo 2 de los siguientes 4 criterios:

- Presentar una evolución desfavorable en su proceso de recuperación.
- Presentar una escasa o nula adherencia al tratamiento integral.
- El apoyo socio-familiar sea desfavorable o nulo.
- Persona víctima de violencia o maltrato infantil con un trastorno mental.

La evaluación de estos criterios se realiza mediante una revisión de la HC y una entrevista con la persona usuaria y/o su cuidador(a).

b. Evaluación para el ingreso a la CC:

Luego de la derivación a la CC, el(la) coordinador(a) de la CC evalúa la situación de la persona usuaria y de su familia o cuidador(a) en un plazo no mayor a 3 días. Las áreas a evaluar son los siguientes:

- Nivel de funcionamiento y salud.
- Funcionalidad familiar.
- Adherencia al tratamiento farmacológico.
- Sobrecarga del(la) cuidador(a).
- Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal.

b.1. Nivel de funcionamiento y salud:

Mediante la entrevista y la observación, el(la) coordinador(a) de la CC evalúa en la persona usuaria la presencia de problemas físicos, personales y sociales asociados al trastorno mental que abarcan 4 áreas: (i) Problemas conductuales (agresividad, auto agresión, uso de sustancias), (ii) deterioro (disfunción cognitiva y discapacidad física), (iii) problemas clínicos (depresión, alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas), y (iv) problemas sociales (funcionamiento general, alojamiento y problemas ocupacionales) de la persona usuaria. Para ello, se utiliza la escala de funcionamiento y salud (Anexo 7). Se utilizan 2 instrumentos, HoNOS para la población adulta y adulta mayor y HoNOSCA para la población infantil y adolescente.

Se otorga puntaje en cada uno de los ítems que comprende la escala, considerando la severidad del problema identificado durante las 2 últimas semanas. Se evalúa de la siguiente manera:

- HoNOS
 - 0 = sin problema.
 - 1 = problema menor que no requiere intervención.
 - 2 = problema leve pero claramente presente.
 - 3 = problema de moderada gravedad.
 - 4 = problema grave o muy grave.

El total indica severidad global y oscila entre 0 y 48, a mayor puntuación mayor deterioro, donde:

- 0 – 12 no hay problema.
- 13 – 24 problema leve.
- 25 – 36 problema moderado.
- 37- 48 problema grave.

- HoNOSCA
 - 0 = nada
 - 1 = insignificamente
 - 2 = levemente
 - 3 = moderadamente
 - 4 = gravemente

El total indica severidad global y oscila entre 0 y 58, a mayor puntuación mayor deterioro, donde:

- 0 – 12 no hay problema.
- 13 – 24 problema leve.
- 25 – 36 problema moderado.
- 37- 52 problema grave.

Según la necesidad de la persona usuaria, se realizan los ajustes razonables al cuestionario.



b.2. Funcionalidad familiar:

Mediante el cuestionario Apgar familiar (adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos o capacidad resolutive), que es autoaplicado (lo desarrolla la persona usuaria), se evalúa la percepción de la persona usuaria y/o de su cuidador(a) sobre el funcionamiento de su familia, midiendo la satisfacción de la persona usuaria, la ayuda, participación que la familia le permite, aceptación y apoyo de sus deseos, el afecto que recibe, el tiempo que comparten (Anexo 8). Se utilizan 2 instrumentos, el Apgar para la población adulta y adulta mayor y el Apgar para la población infantil y adolescente.

Para la población adulta y adulta mayor se aplica a partir de los 18 años previo consentimiento de la persona usuaria. El resultado de la funcionalidad familiar se evidencia de la siguiente manera:

- Función familiar normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: 9 puntos o menos.

Para la población infantil y adolescente se aplica a partir de los 8 años previo consentimiento del padre quien lleva a la consulta al/la menor, procurando la confidencialidad. El resultado de la funcionalidad familiar se evidencia de la siguiente manera:

- Función familiar normal: 7-10 puntos.
- Disfunción moderada: 4-6 puntos.
- Disfunción severa: 0-3 puntos.

Según la necesidad de la persona usuaria, se realizan los ajustes razonables al cuestionario.

b.3. Adherencia al tratamiento farmacológico.

Mediante una entrevista a la persona usuaria el(la) coordinador(a) de la CC evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento asociado a la ingesta de la medicación, utilizando el test de Morisky y Green (Anexo 9).

Se considera que la persona usuaria es adherente al tratamiento farmacológico si sus respuestas en las preguntas 1, 3 y 4 son NO; y, no adherente al tratamiento farmacológico si su respuesta es SÍ en una de las preguntas 1, 3 o 4.

En caso que la persona usuaria desee otro tipo de tratamiento alternativo en lugar del tratamiento farmacológico o no desea ningún tratamiento, se da un puntaje de 0, respetando su decisión.

Según la necesidad de la persona usuaria, se realizan los ajustes razonables al cuestionario.

b.4. Sobrecarga del(de la) cuidadora(a).

Mediante una entrevista el(la) coordinador(a) de la CC evalúa la existencia de sobrecarga del(de la) cuidador(a) principal de la persona usuaria, utilizando la escala de Zarit (Anexo 10), que considera lo siguiente:

- No sobrecarga a un puntaje menor de 46.
- Sobrecarga leve a un puntaje de 47 a 56.
- Sobrecarga intensa a un puntaje de más de 56.

En caso que la persona usuaria viva solo(a), se considera cuidador(a) a la persona quien le brinde cuidados que, no necesariamente es un familiar; de no existir un(a) cuidador(a), se coloca una puntuación de 24 (sobrecarga) en la evaluación total de áreas.

Según la necesidad de la persona usuaria, se realizan los ajustes razonables al cuestionario.

b.5. Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal.

Si se ha identificado que la persona usuaria es víctima de violencia, el(la) coordinador(a) de la CC evalúa mediante la entrevista y la observación el riesgo para la vida y la integridad personal de la persona usuaria, para ello debe usar el cuestionario según corresponda (Anexo 11,12 ó 13), evaluando mediante una entrevista.

TABLA N° 1: INTERPRETACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS.

Nº	ÁREAS A EVALUAR	INSTRUMENTOS	CALIFICACIÓN (PUNTOS)
1	Nivel de funcionamiento y salud.	HoNOS	0 – 12 no hay problema 13 – 24 problema leve 25 - 36 problema moderado 37- 48 problema grave
		HoNOSCA	0 – 12 no hay problema 13 – 24 problema leve 25 - 36 problema moderado 37- 52 problema grave
2	Adherencia al tratamiento farmacológico.	Test Morisky y Green	Adherente (0) No adherente (24)
3	Funcionalidad familiar.	Apgar Familiar de adultos Apgar familiar de niños y adolescentes	Familia funcional (0) Familia disfuncional (24)
4	Sobrecarga del(de la) cuidador(a).	Escala de Zarit	No hay sobrecarga (0) Sobrecarga (24)
5	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Mujeres)	Ficha de Valoración de Riesgo en Mujeres en Situación de Violencia de Pareja o Expareja	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo 1 (78) Problema severo 2 (102)
6	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Niños, Niñas y Adolescentes)	Ficha de Valoración de Riesgo de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en el Entorno Familiar	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo (78)
7	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Adultos Mayores)	Ficha de Valoración de Riesgo en Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo (78)

TABLA N° 2: INTERPRETACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS TRASLADADOS A LAS ÁREAS A EVALUAR.

Nº	AREAS/ INSTRUMENTOS	RESULTADO DEL INSTRUMENTO INDIVIDUAL	RESULTADO TRASLADADO A LAS ÁREAS DE EVALUACIÓN
1	Nivel de funcionamiento y salud (HoNOS)	Puntuación total (0 a 48) A mayor puntuación se evidencia mayor deterioro de la persona usuaria	0 – 12 no hay problema 13 – 24 problema leve 25 - 36 problema moderado 37- 48 problema grave
	Escala para variables de salud de niños y adolescentes (HoNOSCA)	Puntuación total (0 a 52) A mayor puntuación se evidencia mayor deterioro de la persona usuaria	0 – 12 no hay problema 13 – 24 problema leve 25 - 36 problema moderado 37- 52 problema grave
2	Adherencia al tratamiento farmacológico.(Test Morisky y Green)	Adherente: Respuestas en las preguntas: 1:NO, 2: SÍ 3:NO, 4:NO No adherente: Basta una sola respuesta SI, en 1,3 o 4	Adherente (0) No adherente (24)
3	Funcionalidad familiar (Apgar Familiar de Adultos)	Función Familiar Normal (17-20) Disfunción Familiar Leve (16-13) Disfunción Familiar Moderada (12-10) Disfunción Familiar Severa (9 o menos)	Familia funcional (0) Familia disfuncional (24)
	Funcionalidad familiar (Apgar Familiar niño y adolescente)	Funcionalidad normal (7-10) Disfunción moderada (4-6) Disfunción severa (0 a 3)	
4	Sobrecarga del(de la) cuidador(a) (Escala de Zarit)	No sobrecarga (menos de 46) Sobrecarga leve (47-56) Sobrecarga intensa (más de 56)	No hay sobrecarga (0) Sobrecarga (24)
5	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal (Mujeres)	Riesgo leve (0-7) Riesgo moderado (8-13) Riesgo severo 1 (14-17) Riesgo severo 2 (18-37)	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo 1 (78) Problema severo 2 (102)
6	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Niños, Niñas y Adolescentes)	Riesgo leve (0 - 14) Riesgo moderado (15 - 28) Riesgo severo (29 - 42)	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo (78)
7	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Adultos Mayores)	Riesgo leve (0 - 17) Riesgo moderado (18 - 29) Riesgo severo (30 - 43)	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo (78)

Si se ha identificado que la persona usuaria es víctima de violencia se debe de usar el cuestionario según corresponda.

Después de que el/la coordinador(a) de la CC aplica los instrumentos y la interpretación señalada anteriormente y de acuerdo al puntaje obtenido, se analiza el resultado para determinar si la persona usuaria derivada ingresa o no a la CC:

No ingresa a la CC	Ingresa a la CC
0 a 24	25 a 226

c. Criterios de exclusión de la CC:

- Persona usuaria que sólo acude por una atención de urgencia ya que vive en otra jurisdicción o se va a mudar en un corto plazo de tiempo (<15 días).
- Persona usuaria/cuidador(a) que se niegue a ingresar a la CC.
- Persona usuaria que presenta una crisis situacional o evento pasajero.
- Persona usuaria con problema psicosocial de riesgo que requiere la intervención principal de la Policía Nacional del Perú, el CEM, la DEMUNA u otros por lo cual amerita que la persona usuaria sea derivada de forma inmediata a hogares de refugios o albergues de protección, como por ejemplo: Tentativa de homicidio o feminicidio, en estos casos se activa el Anexo 12 Flujograma de atención a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o ex pareja de la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de las Mujeres en Situación de Violencia Ocasionada por la Pareja o Expareja, aprobada por Resolución Ministerial N° 670-2021/MINSA o la que haga sus veces. Posteriormente, se reevalúa a la persona usuaria para realizar la CC, según sea necesario.

d. Ingreso a la CC:

El/la coordinador(a) de la CC designa un o una gestor(a) cuidados, teniendo en cuenta la cantidad de personas usuarias (15 como máximo) asignadas de forma equitativa, quien realiza la evaluación inicial, tal como se muestra en el flujograma de ingreso (Anexo 14).

Es importante respetar las decisiones de la persona usuaria y/o de su cuidador(a) en caso de que no acepten todo el tratamiento integral propuesto; por lo que, se debe buscar fomentar el vínculo terapéutico con su gestor(a) de cuidados y/o el equipo interdisciplinario tratante para que pueda lograr su recuperación. Finalmente, el(la) coordinador(a) expone la situación actual de la persona usuaria al resto de profesionales del equipo interdisciplinario tratante en una discusión de la situación de la persona usuaria para confirmar su ingreso a la CC (Anexo 14).

e. Evaluación inicial:

En la evaluación inicial el/la gestor(a) toma en cuenta los resultados de las áreas evaluadas y se identifica el grado de severidad del problema de salud mental, la calidad de vida y el proceso de recuperación de la persona usuaria.

e.1. Identificación de grado de afectación del problema de salud mental:

- **Grado de afectación leve:** Cuando el trastorno mental grave y/o problema psicosocial de la persona usuaria obtiene el resultado de 13 a 60 puntos. **(Color verde)**
- **Grado de afectación moderado:** Cuando el trastorno mental grave y/o problema psicosocial de la persona usuaria obtiene el resultado de 61 a 100 puntos. **(Color amarillo)**

- **Grado de afectación grave:** Cuando el trastorno mental grave y/o problema psicosocial de la persona usuaria obtiene el resultado de 101 a 226 puntos. **(Color rojo)**

Leve	Moderado	Grave
25 a 60	61 a 100	101 a 226

La reevaluación del grado de afectación (color) del problema de salud mental de la persona usuaria es cada 3 meses, usando los instrumentos de la evaluación de ingreso detallados en la Tabla N°1 **Interpretación General de los Resultados de los Instrumentos**, lo cual permite valorar el proceso de recuperación y efectividad de las actividades; el(la) gestor(a) informa al equipo interdisciplinario tratante sobre los resultados de la reevaluación y, en la discusión de la situación de la persona usuaria, se formulan las intervenciones a realizar.

e.2. Evaluación del proceso de recuperación y calidad de vida.

Adicionalmente, el/la coordinador(a) de la CC evalúa la calidad de vida mediante la escala WHOQOL (Anexo 15); y, el proceso de recuperación, mediante la escala RAS (Anexo 16).

Esto permite tener un puntaje basal (resultado de la evaluación inicial) para luego cada 3 meses el/la coordinador(a) de la CC realice una reevaluación con los mismos instrumentos mencionados y evidenciar que la calidad de vida y el proceso de recuperación de la persona usuaria ha mejorado.



Es importante mencionar que “el tiempo de permanencia” de la persona usuaria en la CC es variable pero no de forma indefinida, ya que, al estar en constante evaluación por el equipo interdisciplinario tratante, sino se evidencia una recuperación de la persona usuaria y la disminución del grado de severidad, es necesario reformular las intervenciones y estrategias utilizadas. Los resultados de los instrumentos se registran en el formato de la CC y en el padrón nominal.

f. Coordinaciones para el PCCI:

El(la) gestor(a) de cuidados coordina con el equipo interdisciplinario tratante las atenciones/ intervenciones basadas en las necesidades de la persona usuaria. Periódicamente, se deben realizar discusiones de la situación de la persona usuaria con la participación del equipo interdisciplinario tratante, en las que se comparte información relevante de la persona usuaria, tal como se ve en el flujograma de atención contenido en el Anexo 17.

f.1. Discusiones de la situación de la persona usuaria.

- Presentación de la situación de la persona usuaria.
- Formulación del PCCI.
- Monitoreo, evaluación del cumplimiento de objetivos y tratamiento, según el tiempo de evaluación de las intervenciones.

Los acuerdos tomados en la discusión de la situación de la persona usuaria se registran en el formato del PCCI y la HC de la persona usuaria.

f.1.1. Presentación de la situación de la persona usuaria.

El(la) gestor(a) de cuidado describe la situación actual de la persona usuaria en base a las evaluaciones realizadas al ingresar a la CC.

f.1.2. Formulación del PCCI.

Luego de que el(la) gestor(a) ha realizado la evaluación inicial se elabora el PCCI, con la participación del equipo interdisciplinario tratante y la persona usuaria y/o su cuidador(a), con un enfoque basado en necesidades. Se realiza de la siguiente manera:

- La elaboración completa del PCCI se realiza en una sola reunión de discusión de la situación de la persona usuaria.
- Se realizan las reuniones en las fechas previamente establecidas para las discusiones de la situación de la persona usuaria (3 veces al mes, como mínimo).
- En los casos de urgencia, se programa una reunión inmediata con el equipo interdisciplinario tratante; para lo cual, se debe participar como mínimo al(a) médico (a) tratante, enfermero (a) y psicólogo (a), luego se informa de manera verbal el resultado de dicha reunión a los demás integrantes del equipo interdisciplinario tratante en la fecha programada para la reunión de discusión de la situación de la persona usuaria.
- Los PCCI son elaborados en base a las necesidades y problemas identificados; se plantean los objetivos y actividades para favorecer el proceso de recuperación.
- Se asignan responsabilidades a cada miembro del equipo interdisciplinario tratante de acuerdo a sus competencias, y el tiempo de evaluación se establece según el objetivo planteado por cada actividad.



- En caso que la persona usuaria y/o su cuidador(a) no hayan podido participar en la elaboración del PCCI, se presenta a la persona usuaria y/o su cuidador (a) y se le explica detalladamente todo lo que contiene para que así pueda(n) sugerir cambios o brindar aportes y dar su conformidad.

f.1.3. Monitoreo, evaluación del cumplimiento de objetivos y tratamiento:

Luego de haber realizado el PCCI con la participación del equipo interdisciplinario tratante y la persona usuaria y/o su cuidador(a), en las discusiones de la situación de la persona usuaria el/la gestor(a) de cuidados evalúa el cumplimiento del PCCI, el grado de afectación y la recuperación de la persona usuaria.

f.2. Intervenciones con el equipo tratante interdisciplinario.

El equipo interdisciplinario tratante realiza las intervenciones que están planteadas en el PCCI, las cuales están siempre basadas en las necesidades de la persona usuaria, las cuales son:

f.2.1. Intervenciones centradas en la persona usuaria: Consejería individual y psicoeducación individual (Anexos 18 y 19, respectivamente), consulta individual, intervenciones psicoterapéuticas, entre otros.

f.2.2. Intervenciones centradas en el entorno: Psicoeducación familiar, atención del(de la) cuidador(a), intervenciones de integración socio comunitaria, movilización de redes de soporte comunitario, entre otros.

f.2.3. Intervenciones centradas en el seguimiento: Seguimiento presencial y mediante las TIC (teleorientación y telemonitoreo), visita domiciliaria (Anexo 20) y administración del tratamiento farmacológico de forma temporal.

g. Soporte al cuidador(a):

El equipo interdisciplinario tratante evalúa el resultado de la sobrecarga del(de la) cuidador(a) obtenido mediante la escala de Zarit (Anexo 10) y brinda soporte continuo (acompañamiento psicosocial, contención emocional, actividades que favorezcan la redistribución del cuidado, entre otros) al(a la) cuidador(a) para disminuir la sobrecarga.

h. Movilización de redes de apoyo y articulación con otros sectores:

Se realiza por el equipo interdisciplinario tratante, de acuerdo a las necesidades de la persona usuaria. El proceso tiene 2 etapas:

- Se identifica con la persona usuaria y/o cuidador(a) a las redes comunitarias que se encuentran alrededor de la persona usuaria en sus diferentes entornos (vivienda, institución educativa, trabajo, entre otros).
- Luego de identificadas las redes comunitarias, se realiza un acercamiento de estas hacia la persona usuaria y/o cuidador(a) o viceversa, mediante un acompañamiento (Anexo 21).

i. De la evaluación continua:

i.1. Indicadores.

La información obtenida es registrada en la HC, hoja de información sistemática (HIS) y otros según normativa vigente.

i.1.1. Indicadores de proceso.

- Porcentaje de personas usuarias con TMG que están incluidas en la CC.
- Porcentaje de personas usuarias con problemas psicosociales de riesgo que están incluidas en la CC.
- Tiempo de permanencia de las personas usuarias en la CC.
- Porcentaje de personas usuarias que abandonan la CC.
- Porcentaje de personas usuarias con reuniones de discusión de la situación de la persona usuaria.
- Porcentaje de reuniones de gestores de cuidados.
- Porcentaje de personas usuarias con visitas domiciliarias.

i.1.2. Indicadores de resultado.

- Porcentaje de personas usuarias que ingresaron a la CC.
- Porcentaje de personas usuarias que mejoran su funcionalidad general según la escala de HoNOS.
- Porcentaje de personas usuarias que mejoran su adherencia al tratamiento farmacológico según el Test de Morisky y Green.
- Porcentaje de personas usuarias que mejoran su percepción de funcionalidad familiar según la escala de Apgar Familiar.
- Porcentaje de cuidadores que disminuyen su sobrecarga según la escala de Zarit.
- Porcentaje de personas usuarias que mejoran calidad de vida según la escala de WHOQOL.
- Porcentaje de personas usuarias que presentan recuperación según la escala RAS.
- Porcentaje de personas usuarias que disminuyeron su grado de severidad.
- Porcentaje de personas usuarias que fueron dadas de alta por recuperación de la CC.
- Porcentaje de personas usuarias que fueron dadas de alta voluntaria de la CC.
- Porcentaje de personas usuarias que fueron dadas de alta por abandono de la CC.
- Porcentaje de personas usuarias que fueron dadas de alta por traslado.
- Porcentaje de personas usuarias que reingresaron a la CC.

j. Del alta.

La finalización de la atención brindada en la CC se decide en una reunión con la participación del equipo interdisciplinaria tratante y la persona usuaria y/o cuidador(a), una vez dada la finalización de la atención en la CC el(la) gestor(a) da el alta a la persona usuaria. Se da en los siguientes casos:

- Alta por recuperación: Si la persona usuaria ha disminuido su grado de severidad (cuando el puntaje es menor o igual a 12) y se haya cumplido con los objetivos del plan de continuidad de cuidados individualizados.

No ingresa a la CC	Ingresa a la CC
0 a 24	25 a 226

- Alta voluntaria: Si la persona usuaria y/o cuidador(a) manifiesten de forma verbal o escrita que no desean continuar en la CC. Es importante averiguar el motivo por el que las personas usuarias solicitaron su alta voluntaria.
- Alta por abandono: Si no se puede contactar con la persona usuaria y cuidador(a) por ningún medio (en un periodo de 2 meses).
- Alta por traslado: Si la persona usuaria cambia de dirección de domicilio y esta se encuentra fuera de la jurisdicción.

Toda alta a la persona usuaria de la CC por los casos ya mencionados anteriormente se registran en la HC correspondiente y en el padrón nominal.

j.1. Seguimiento post-alta:

El(la) gestor(a) de cuidados realiza: Telemonitoreo, visitas domiciliarias u otras intervenciones según valoración del equipo interdisciplinario tratante y la necesidad del/de la usuario/a, a los 2 y 4 meses luego del alta.

k. Reingreso.

Cuando la persona usuaria presenta una recaída luego del alta y se encuentra en un estado en el que vuelve a cumplir con los criterios de derivación, como consecuencia de múltiples factores causales, se determina que reingrese a la CC. En este caso, se evalúa a la persona usuaria como si fuese un nuevo ingreso y se vuelve a registrar en el padrón nominal en la plantilla de reingresos.



7

RESPONSABILIDADES

Nivel nacional:

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (Dirección de Salud Mental) es responsable, hasta el nivel regional, de la difusión, brindar asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación e implementación de la presente guía técnica.

Nivel regional:

Las DIRIS, DIRESAs, GERESAs o las que hagan sus veces a nivel regional son responsables de la difusión, asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación e implementación de la presente guía técnica en sus respectivas jurisdicciones.

Nivel local:

Los CSMC son responsables del cumplimiento y aplicación de la presente guía técnica en lo que les corresponda.

8

ANEXOS

ANEXO 1	FORMATO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS.
ANEXO 2	INFORME DEL (DE LA) COORDINADOR(A).
ANEXO 3	PAUTAS PARA ELABORACION DEL INFORME MENSUAL DEL/DE LA GESTOR(A) DE CUIDADOS.
ANEXO 4	FICHA DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS
ANEXO 5	PADRÓN NOMINAL.
ANEXO 6	REGISTRO DE HIS.
ANEXO 7	ESCALA DE HoNOS. ESCALA DE HoNOSCA
ANEXO 8	APGAR FAMILIAR.
ANEXO 9	TEST DE MORISKY Y GREEN.
ANEXO 10	ESCALA DE SOBRECARGA DEL(DE LA) CUIDADOR(A) DE ZARIT.
ANEXO 11	FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA
ANEXO 12	FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR
ANEXO 13	FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR.
ANEXO 14	FLUJOGRAMA DE INGRESO A CUIDADOS CONTINUOS.
ANEXO 15	ESCALA WHOQOL.
ANEXO 16	ESCALA RAS.
ANEXO 17	FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA CC.
ANEXO 18	PAUTAS PARA REALIZAR CONSEJERÍA EN SALUD MENTAL.
ANEXO 19	PAUTAS PARA REALIZAR PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL.
ANEXO 20	PAUTAS PARA REALIZAR UNA DE VISITA DOMICILIARIA.
ANEXO 21	PAUTAS PARA ARTICULAR REDES COMUNITARIAS Y ELABORACIÓN DE ECOMAPA.

ANEXO 1: FORMATO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

I. DATOS GENERALES: (Lo registra el/la gestor(a) de cuidados)

Nombres y Apellidos:	HC:
Nombre del (de la) cuidador(a):	Parentesco:
Fecha de ingreso a la CC:	Fecha de alta de la CC:
Gestor(a):	

II. PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS (Lo registra el/la gestor(a) de cuidados en la discusión de la situación de la persona usuaria)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

III. PLAN DE CONTENCIÓN DE CRISIS (Lo registra el/la gestor(a) de cuidados en la discusión de la situación de la persona usuaria)

CONTENCIÓN DE CRISIS	IDENTIFICAR EN:	
	PERSONA USUARIA	CUIDADOR(A)
IDENTIFICACIÓN DE DETONANTES		
IDENTIFICACIÓN DE REACCIONES		
INTERVENCIONES DE CONTENCIÓN		
INTERVENCIONES PARA PREVENIR		

IV. EVALUACIÓN DE SEVERIDAD Y EL PROCESO DE RECUPERACIÓN. (Lo registra el/la coordinador(a) de la CC luego de la evaluación para el ingreso y en cada reevaluación)

N.	ÁREAS A EVALUAR	INSTRUMENTOS	PUNTAJE	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1	Nivel de funcionamiento y salud.	HoNOS	(0 – 12) no hay problema (13 – 24) Problema leve (25 - 36) Problema moderado (37- 48) Problema grave									
		HoNOSCA	(0 – 12) no hay problema (13 – 24) Problema leve (25 - 36) Problema moderado (37- 52) Problema grave									
2	Adherencia al Tratamiento.	Test de Morisky y Green	Adherente (0) No Adherente (24)									
3	Funcionalidad familiar	Apgar Familiar de adultos Apgar familiar de niños y adolescentes	Familia funcional (0) Familia disfuncional (24)									
4	Sobrecarga del(de la) Cuidador(a)	Escala de Zarit	No Sobrecarga (0) Sobrecarga (24)									
5	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Mujeres)	Ficha de Valoración de Riesgo en Mujeres en Situación de Violencia de Pareja o Expareja	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo 1 (78) Problema severo 2 (102)									
6	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Niños, Niñas y Adolescentes)	Ficha de Valoración de Riesgo de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en el Entorno Familiar	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo (78)									

N.	ÁREAS A EVALUAR	INSTRUMENTOS	PUNTAJE	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
7	Nivel de riesgo para la vida y la integridad personal. (Adultos Mayores)	Ficha de Valoración de Riesgo en Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia Familiar	Problema leve (12) Problema moderado (38) Problema severo (78)									
PUNTAJES												
Escala de calidad de vida				WHOQOL								
Escala de la evaluación de la recuperación				RAS								

V. PLAN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO (Lo registra el/la gestor(a) de cuidados en la discusión de la situación de la persona usuaria)

FECHA	PROBLEMAS Y NECESIDADES	POTENCIALIDADES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	EVALUACIÓN

VI. COMPROMISO DE CUIDADOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO: (Lo registra la persona usuaria y firma junto al equipo interdisciplinario tratante)

Yo _____ identificado(a) con el DNI N°: _____

declaro haber sido informado(a) con claridad y veracidad por el personal de salud sobre la Continuidad de Cuidados realizada en el Centro de Salud Mental Comunitaria. Por consiguiente, manifiesto que ESTOY CONFORME Y AUTORIZO de forma libre y voluntaria que dichas actividades planificadas se realicen en beneficio de mi recuperación y/o de mi familiar. Por consiguiente.

En caso de que decida retirarme de la CC podré seguir recibiendo atenciones en el CSMC sin repercusión alguna.

Usuaría(o)	Cuidador(a)
Equipo interdisciplinario tratante	Equipo interdisciplinario tratante
Equipo interdisciplinario tratante	Equipo interdisciplinario tratante
Equipo interdisciplinario tratante	Equipo interdisciplinario tratante

ANEXO 2: INFORME DEL(DE LA) COORDINADOR(A) DEL CSMC

(Lo realiza el/la coordinador(a) de la CC)

Este informe se realizará de forma mensual y se consignan los siguientes datos:

Número de personas usuarias derivadas a la CC por servicio.

- Número de personas usuarias ingresadas a la CC por servicio.
- Número de personas usuarias ingresadas a la CC por grado de severidad (leve, moderado y grave).
- Número de personas usuarias ingresadas a la CC según funcionamiento y salud
- Número de personas usuarias ingresadas a la CC según adherencia al tratamiento farmacológico.
- Número de personas usuarias ingresadas a la CC según nivel de funcionalidad familiar.
- Número de personas usuarias ingresadas a la CC según nivel de sobrecarga del(de la) cuidador(a).
- Número de personas usuarias de la CC según evolución del grado de severidad.
- Número de personas usuarias por motivo del alta (recuperación, voluntaria, abandono y traslado).
- Número de personas usuarias ingresadas a la CC por tipo de seguro.
- Distribución de las personas usuarias por diagnósticos según CIE X de las personas usuarias ingresadas a la CC.

ANEXO 3: INFORME MENSUAL DEL(DE LA) GESTOR(A) DE CUIDADOS

(Lo realiza el/la gestor(a) de cuidados)

Este informe se realizará de forma mensual y se consignan los siguientes datos:

N°	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA	N° HC	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL MES (SI, NO)	MOVILIZACIÓN DE REDES DE APOYO (SI, NO)	REFERENCIAS A HOSPITAL / EMERGENCIA (SI, NO)	DISCUSIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA PERSONA USUARIA (SI, NO)	GRADO DE SEVERIDAD AL FINALIZAR EL MES

- Observaciones:

(Lo registra el/la gestor(a) de cuidados)

GESTOR/A:

[illegible]

(Lo registra el/la gestor(a) de cuidados)

[illegible][illegible]

* En caso de reingreso se vuelve a registrar a la persona usuaria.

ANEXO 6: REGISTRO DE HIS

DERIVACIÓN: (Lo registra 1 profesional del equipo interdisciplinario (psiquiatra, enfermero(a), médico(a) de familia, psicólogo(a), terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, médico(a) cirujano, químico(a) farmacéutico(a))

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: consulta médica (99215)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero LAB de la 2ª actividad anote el número de sesión (1,2,3...) según corresponda.
- En el 3º casillero LAB de la 3ª actividad colocará DVR (derivado).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	M	PC	PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R			F32.1
	M						TALLA	C	C	2. Consulta médica	P	D	R			99215	
	D				F	Pab	Hb	R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R	DVR		99207.09	

EVALUACIÓN PARA EL INGRESO: (Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: intervención individual (99207.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero LAB de la 2ª actividad anote el número de sesión (1,2,3,...) según corresponda.
- En el 3º casillero LAB de la 3ª actividad anote el número 1.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	M	PC		PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R		F32.1
				M			TALLA		C	C	2. Intervención individual	P	D	R	1	99207.01	
				D	F	Pab		Hb		R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R	1	99207.09

INGRESO: (Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo (99207.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero LAB de la 2ª actividad colocará IA (Inicio de Actividad).

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	M	PC		PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R		F32.1
				M			TALLA		C	C	2. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R	1A	99207.01	
				D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R		

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN Y CALIDAD DE VIDA: (Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: intervención individual (99207.01)
- En el 3º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo (99207.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero LAB de la 2ª actividad anote el número de sesión (1,2,3...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	M	PC	PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R			F32.1
	M				F		TALLA	C	C	2. Intervención individual	P	D	R	2		99207.01	
	D				F	Pab	Hb	R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R			99207.09	

DISCUSIONES DE LA SITUACIÓN DE LA PERSONA USUARIA Y FORMULACIÓN DEL PCCI: (Lo registra el/la gestor(a) y el equipo interdisciplinario tratante (psiquiatra, enfermero(a), médico(a) de familia, psicólogo(a), terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, médico(a) cirujano, químico(a) farmacéutico(a))

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: discusión de la situación de la persona usuaria (D9450)
- En el 3º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: Plan de continuidad de cuidados individualizado (C8002)
- En el 4º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo (99207.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero LAB de la 2ª actividad anote el número de reunión (1,2,3,...) según corresponda.
- En el 3º casillero LAB de la 3ª actividad anote el número de reunión (1,2,3,...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	M	PC	PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R			F32.1
	M						TALLA	C	C	2. Discusión de la situación actual de la persona usuaria	P	D	R	1		D9450	
	D				F	Pab	Hb	R	R	3. Plan de continuidad de cuidados individualizado	P	D	R	1		C8002	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	M	PC	PESO	N	N	1. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R			99207.09
	M						TALLA	C	C	2.	P	D	R				
	D				F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

REEVALUACIÓN DEL GRADO DE AFECTACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL: (Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: intervención individual (99207.01)
- En el 3º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo (99207.09)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 2º casillero LAB de la 2º actividad anote el número de sesión (1,2,3...) según corresponda.
- En el 3º casillero LAB de la 3º actividad anote el número de sesión (a partir de 2,3...) según corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	PC		PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R			F32.1
				M			TALLA	C	C	2. Intervención individual	P	D	R	3		99207.01	
				D	F	Pab		Hb	R	R	3. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R	2		99207.09

ALTA: (Lo registra el/la gestor(a) de la persona usuaria)

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la persona usuaria

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo: episodio depresivo moderado (F32.1)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada a la persona usuaria: Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo (99207.09)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico de la persona usuaria. Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”

En el ítem LAB anote:

- En el 1º casillero LAB de la 2º actividad anote TA (termino de actividad).
- En el 2º casillero LAB de la 2º actividad anote el valor LAB según corresponda con la descripción.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	10	12								P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
08	62354895	2	Pasco	17	A	PC		PESO	N	N	1. Episodio depresivo moderado	P	D	R			F32.1
				M			TALLA	C	C	2. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave y/o problemas psicosociales de riesgo	P	D	R	TA	1	99207.09	
				D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	D	R			

Valor LAB	Descripción
1	Alta por recuperación
2	Alta voluntaria
3	Alta por abandono
4	Alta por traslado

Importante: todas las actividades realizadas de acuerdo a los códigos ya establecidos en el codificador HIS tienen que ser acompañados con el código 99207.09 (continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave).

ANEXO 7: ESCALA DE HONOS Escala de resultados en salud

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

FECHA:

PROBLEMAS CONDUCTUALES					DETERIORO										
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada.	0	1	2	3	4	4. Problemas cognitivos.				0	1	2	3	4	
2. Autolesiones no accidentales.	0	1	2	3	4	5. Problemas por enfermedad física o discapacidad.				0	1	2	3	4	
3. Consumo Problemático de Alcohol o Drogas.	0	1	2	3	4	PROBLEMAS SOCIALES									
PROBLEMAS CLÍNICOS					9. Problemas con las relaciones					0	1	2	3	4	
6. Problemas asociados a la presencia de ideas.	0	1	2	3	4	10. problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana.					0	1	2	3	4
7. Problemas en relación con el humor deprimido.	0	1	2	3	4	11. Problemas con las condiciones de vida.					0	1	2	3	4
8*. Otros problemas mentales o conductuales especificar tipo de trastorno: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J.	0	1	2	3	4	12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades.					0	1	2	3	4
PUNTAJE TOTAL:															
0 = Sin problema; 1 = Problema menos que no requiere intervención; 2 = problema leve pero claramente presente; 3 = problema moderada gravedad; 4 = problema grave o muy grave. 8* Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7. Especificar el tipo de problema consignando la letra apropiada "A" Fobia, "B" Ansiedad, "C" Obsesivo - Compulsivo, "D" Sobrecarga mental y tensión, "E" Disociativo, "F" Somatoforme, "G" Alimentación, "H" Sueño, "I" Sexual, "J" Otros, especificar.															
OBSERVACIONES:															

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- No hay problema (0 – 12 puntos)
- Problema leve (13 – 24 puntos)
- Problema moderado (25 - 36 puntos)
- Problema grave (37- 48 puntos)

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

ESCALA DE HONOSCA

(Escala de resultados en salud para niños, niñas y adolescentes)

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

1. **¿Has tenido problemas por su mal comportamiento, agresión física o verbal?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
2. **¿Has presentado falta de concentración o inquietud?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
3. **¿Has hecho algo para herirse o hacerse daño a si mismo a propósito?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
4. **¿Has tenido problemas como resultado del uso de alcohol, drogas o disolventes?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
5. **¿Has tenido dificultades para mantener al día su rendimiento académico?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
6. **¿Has tenido alguna enfermedad o incapacidad física que haya limitado sus actividades?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
7. **¿Has tenido problemas por escuchar voces, ver cosas, o tener pensamientos anormales o extraños?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
8. **¿Has sufrido vómito auto-provocados, dolores de cabeza / estómago sin causa física, enuresis o encopresis?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
9. **¿Te has sentido con un estado de ánimo triste o ansioso o preocupado por miedos, obsesiones o rituales?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
10. **¿Has tenido problemas por no tener relaciones sociales satisfactorias o por haber sido acosado?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
11. **¿Has tenido dificultades para cuidar de tí mismo/a o ser responsable de tu propia autonomía?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
12. **¿Has tenido problemas con las relaciones con tu familia o los miembros del hogar?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente
13. **¿Has dejado de asistir a tus clases en el colegio?**
☐ Nada ☐ Insignificantemente ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Gravemente

ANEXO 8: APGAR FAMILIAR

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

ADULTO Y ADULTO MAYOR

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

FECHA:

Instrucciones: Marque con un aspa o cruz en el casillero de la columna que mejor represente la respuesta.

FUNCION	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero					

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Función familiar normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: 9 puntos o menos.

FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

NIÑOS Y ADOLESCENTES

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

FECHA:

Instrucciones: Marque con un aspa o cruz en el casillero de la columna que mejor represente la respuesta.

FUNCIÓN	Casi Nunca (0 puntos)	Algunas veces (1 puntos)	Casi siempre (2 puntos)
Cuando me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera en que mi familia habla y comparte sus problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer las cosas nuevas que quiero hacer.			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy feliz, triste, enfadado/a			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempo juntos.			

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Función familiar normal: 7-10 puntos.
- Disfunción moderada: 4-6 puntos.
- Disfunción severa: 0-3 puntos.

FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

ANEXO 9: TEST DE MORISKY Y GREEN

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

FECHA:

Instrucciones: Marque con un aspa o cruz en el casillero de la columna que mejor represente la respuesta.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		x
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	x	
3	Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?		x
4	Si alguna vez le caen mal, ¿Deja de tomar la medicación?		x
¿Ha tenido efectos adversos (malestares u otros problemas debido a la medicación)?			
Observación:			

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Adherente: Respuestas en las preguntas: 1:NO, 2: SÍ 3:NO, 4:NO
- No adherente: Basta una sola respuesta SI, en 1,3 o 4

FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

ANEXO 10: ESCALA DE SOBRECARGA DEL(DE LA) CUIDADOR(A) DE ZARIT

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

FECHA:

Instrucciones: Si la Marque con un aspa o cruz en el casillero de la columna que mejor represente la respuesta.

Ítem	Pregunta a realizar	0 Nunca	1 Casi Nunca	2 A Veces	3 Bastantes Veces	4 Casi Siempre
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por invitar amigos a casa a causa de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					

Ítem	Pregunta a realizar	0 Nunca	1 Casi Nunca	2 A Veces	3 Bastantes Veces	4 Casi Siempre
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- No hay sobrecarga: Una puntuación menor de 47 puntos.
- Sobrecarga leve: Puntuaciones entre 47-55 indican
- Sobrecarga intensa: Puntuaciones mayores de 55

FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

ANEXO 11: FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA O EXPAREJA

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

		SI	NO
1.	¿En el último año, la violencia física contra usted ha aumentado en gravedad o frecuencia?	1	0
2.	¿El tiene algún arma o podría conseguir un arma con facilidad? (pistola, cuchillo, machete, u otros)	5	0
2a.	¿Han vivido juntos durante el último año? [si dice NO, pasar a pregunta 4]		
3.	Usted me dice que han vivido juntos en el último año. ¿Siguen viviendo juntos o lo ha dejado? [Si siguen viviendo juntos marcar Si; si lo ha dejado marcar NO]	0	4
4.	¿Actualmente, él tiene trabajo estable? [si ella no sabe, no marcar nada]	0	4
5.	¿Alguna vez él ha usado o la ha amenazado con un arma (pistola, cuchillo, machete u otros)?	3	0
5a.	Si su respuesta fue "SI", ¿fue con una pistola o cuchillo?: _____		
6.	¿La ha amenazado con matarla?	3	0
7.	¿Alguna vez usted lo denunció por violencia familiar (porque él le pegó) ante la comisaría, fiscalía, juzgado o ante alguna autoridad comunal?	3	0
8.	¿Él la ha obligado alguna vez a tener relaciones sexuales?	2	0
9.	¿El ha intentado ahorcarla?	2	0
10.	¿Él consume drogas? Por ejemplo, como la marihuana, pasta básica, cocaína u otras.	1	0
11.	¿Él es alcohólico o tiene problemas con el alcohol (trago o licor)?	1	0
12.	¿Le controla la mayoría o todas sus actividades diarias? Por ejemplo, no le deja que vea a sus familiares o amistades, le controla cuánto dinero puede gastar, etc.	1	0
12a.	Si él trata de controlarla, pero ella no lo permite, márkuelo aquí:		
13.	¿Él se pone celoso de forma constante y violenta? Por ejemplo, le dice: "si no eres mía, no serás de nadie" u otras	1	0
14.	¿Cuándo usted estuvo embarazada, alguna vez él la golpeó?	1	0
15.	¿Alguna vez él ha amenazado o ha intentado suicidarse?	1	0
16.	¿Él la ha amenazado con hacerle daño a sus hijos?	1	0
17.	¿Cree que él es capaz de matarla?	1	0
18.	¿Él realiza alguna de las siguientes acciones?: La llama insistentemente, le deja mensajes en su teléfono o en redes sociales o destruye sus cosas (celular, ropa u otro).	1	0
19.	¿Alguna vez usted ha intentado o ha amenazado con quitarse la vida?	1	0
Sumatoria de puntaje (0-37)			
0-7 Leve (riesgo variable) 8-13 moderado (riesgo en aumento) 14-17 Severo 1 (severo) 18-37 Severo 2 (severo extremo)			

ANEXO 12: FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR (0 A 17 AÑOS)

I.- Datos del operador/a

Nombre y Apellidos:
Institución en la que labora:
(Comisaría, Ministerio Público, Poder Judicial)

Fecha:

II.- Datos del NNA

Nombre(s) y/o Apellido(s):

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Número de documento de identidad/otro:

Sexo:

Hombre ☐

Mujer ☐

Lengua/idioma/dialécto (de ser el caso):

Dirección actual:

La víctima está en situación de discapacidad:

SI ☐

NO ☐

Tipo

Física ☐

Auditiva ☐

Psicosocial ☐

Virtual ☐

Sordo/ciego ☐

Intelectual ☐

LENGUA MATERNA: CASTELLANO ☐ QUECHUA ☐ AYMARA ☐

OTROS, especifique: _____

LENGUA DE SEÑAS (Ley 29535): SI ☐ No ☐

LENGUA EXTRANJERA, especifique: _____

IDENTIDAD ÉTNICA, especifique: _____

Tiene hermanos/as:

Nombre	Edad

Nombre y apellido de/la persona que acompaña (de ser el caso):

¿Qué relación tiene con el NNA?:

Lengua/Idioma/dialécto (de ser el caso):

Denuncia previa en la institución educativa o UGEL:

Si el agresor/a es personal de la Institución Educativa ¿realizó denuncia en la IE o UGEL?

SI ☐

NO ☐

INSTRUCCIÓN (*)

La presente ficha es para ser aplicada en los casos de niñas, niños y adolescentes (NNA) que son afectados/as por hechos de violencia por parte de algún integrante de su grupo familiar, con el objeto de valorar el riesgo en que se encuentran y tomar las medidas de protección que se necesiten. La ficha puede ser aplicada recogiendo los datos a partir de la observación o indagando en otras fuentes.

La ficha contempla datos vinculados al nivel de riesgo individual y del entorno familiar. Para su llenado, el/la operador/a marcará cada ítem según el relato del afectado/a o de su acompañante, al final se sumarán los puntajes y el total se ubicará en el intervalo de la escala de valoración del riesgo. Obteniéndose los niveles de riesgo a los que está expuesto el NNA de modo tal que se prevea una intervención inmediata.

III. SITUACIONES ALTO RIESGO		SI	NO
1.	Declara haber sufrido violencia sexual	Pasar a pregunta 14 y puntuar como alto riesgo	Continuar la aplicación de la ficha

IV. NIVEL INDIVIDUAL					Puntaje
2.	Indicar el grupo de edad al que pertenece la víctima	0-5 años	6-11 años	12-17 años	
		3	2	1	
3.	Indicar si la víctima tiene algún tipo de discapacidad	No	Sí	Desconoce	
		0	3	0	
4.	Indicar la frecuencia con la que el NNA ha faltado al colegio en el último año	0 a 2 veces al mes	2 a 4 veces al mes	5 a más veces al mes	
		0	2	3	
5.	El NNA realiza labores de trabajo vinculadas a peligro evidente	No	Sí		
		0	3		
6.	Indicar si el NNA sufrido agresiones previas	No	Sí		
		0	3		

7.	Indicar el tipo de heridas sufridas en el último incidente de de agresión	Moretones o rasguños	Huellas evidentes de golpe, cicatrices en alguna zona del cuerpo, otros.	Fracturas, quemaduras o lesiones que requieren atención médica u hospitalización; estrangulamiento, envenenamiento, asfixia, otros.	
		1	2	3	
8.	El NNA pasa largas horas solo/a en casa sin que nadie le	No	Sí		
		0	3		

V. NIVEL DE ENTORNOS					Puntaje
9.	Indicar cuál es el vínculo entre el NNA y la persona agresora	Padre/madre o hermano	Tío/a, abuelo/a u otro/a		
		3	1		
10.	El cuidador/a principal tiene alguna enfermedad física o mental que impida cuidar al NNA	No	Sí		
		0	3		
11.	El/la agresor/a vive o frecuenta su casa	No	Sí	Desconoce	
		0	3	0	
12.	El/la agresor/a usa o consume drogas/alcohol	No	Sí	Desconoce	
		0	3	0	
13.	El agresor/a tiene antecedentes policiales o penales	No	Sí	Desconoce	
		0	3	0	

VI. FACTORES DE PROTECCIÓN					Puntaje
14.	Existe alguna persona en la familia que apoye o ayude al NNA cuando tiene alguna dificultad	No	Sí	¿Quién?	
		3	0	(Colocar el nombre) _____	
15.	Ha recibido ayuda de alguna institución	No	Sí		
		3	0		

VALORACIÓN DEL RIESGO:	
RIESGO LEVE	Del 0 al 14
RIESGO MODERADO	Del 14 al 28
RIESGO SEVERO	Del 28 al 42

TOTAL	
--------------	--

RIESGO LEVE ☐ RIESGO MODERADO ☐ RIESGO SEVERO ☐

ACCIONES DEL OPERADOR/A:

1.1. Comunicó o remitió de inmediato al Juzgado correspondiente mediante documento para que emita la medida de protección: Sí () NO ()

1.2 El operador/a policial derivó a mediante documento escrito a:

Centro Emergencia Mujer _____ Sí NO
UIT _____ Sí NO
FISCALÍA DE FAMILIA _____ Sí NO
Otra institución _____ Sí NO
Se acompañó _____ Sí NO

FIRMA DEL/LA OPERADOR/A: _____ FIRMA DEL/A ACOMPAÑANTE (opcional): _____ Huella del NNA: (opcional) _____

(*) Conforme a lo estipulado en la Ley 29733 sobre Protección de datos personales, deberá contarse con el consentimiento expreso e inequívoco de/a titular de los datos para compartir la información entre entidades públicas con fines de registro. Así mismo, el Art. 4 de esta Ley establece como excepción el tratamiento de datos personales en tanto sea necesario para el cumplimiento de competencias asignadas por ley a las entidades públicas y que tengan por objeto el desarrollo de actividades en materia penal para la investigación.

ANEXO 13: FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

FICHA “VALORACIÓN DE RIESGO” EN PERSONAS ADULTAS MAYORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

APELLIDOS Y NOMBRE DE EL/LA OPERADOR/A:		FECHA:	
INSTITUCIÓN (Comisaría, Ministerio Público, Poder Judicial):		DISTRITO:	PROVINCIA: DEPARTAMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA VÍCTIMA:		EDAD DE LA VÍCTIMA:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA ☐ OTROS ☐ NINGUNO ☐		Nº DE HIJOS/AS:	
SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☐		LENGUA MATERNA: CASTELLANO ☐ QUECHUA ☐ AYMARA ☐	
GRADO DE INSTRUCCIÓN: SUPERIOR ☐ SECUNDARIA ☐ PRIMARIA ☐ ANALFABETO/A ☐		OTROS, especifique:	
LA VÍCTIMA ESTÁ EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD: SÍ ☐ NO ☐		LENGUA DE SEÑAS (Ley 29535): SÍ ☐ NO ☐	
TIPO DE DISCAPACIDAD: FÍSICA ☐ MENTAL ☐		LENGUA EXTRANJERA, especifique:	
CUENTA CON VIVIENDA PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ OTROS ☐		IDENTIDAD ÉTNICA, especifique:	
ESPECIFICAR		CUENTA CON SEGURO DE SALUD SÍ ☐ NO ☐	
		BENEFICIARIA/O DE PROGRAMA SOCIAL SÍ ☐ NO ☐	
		SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O GRAVES: SÍ ☐ NO ☐	
		ESPECIFIQUE:	

INSTRUCCIÓN: La presente ficha es para ser aplicada a personas adultas mayores que son víctimas de violencia por parte de algún integrante de su grupo familiar, con el objetivo de valorar el riesgo y adoptar las medidas de protección correspondientes (No incluye violencia de pareja). Puede ser aplicada a una tercera persona en caso que el primero no esté en condiciones de hacerlo. Para su llenado, el/la operador/a marcará cada ítem según lo referido por la persona adulta mayor.

I. VULNERABILIDAD (INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA ECONÓMICA)					PUNTAJE
1. Indique el grupo de edad	60-69 años 1	70-79 años 2	80 años 3		
2. Tiene dificultad para:	ver 1	escuchar 1	comunicarse verbalmente 1	Ninguna 0	
3. Para desplazarse usa frecuentemente	Bastón/andador 1	Silla de ruedas 2	Postrado/a 3	Ninguna 0	
4. ¿Vive solo?	Sí 1	No 0			
5. ¿Usted es responsable del cuidado de otra persona?	Sí 1	No 0			
6. ¿Tiene ingresos propios?	Sí 0	No 1			
7. ¿Necesita la ayuda de una persona para realizar sus actividades básicas de la vida diaria?	Sí 1	No 0			
8. Si su respuesta fue sí ¿Cuenta con una persona que pueda apoyarlo?	Sí 0	No 1	¿Cuál es su relación o vínculo?		
9. ¿Está preocupado/a o teme que algo malo le va a pasar?	Sí 1	No 0	¿Indique que?		

II. DINÁMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL				
10. ¿Cuántas personas lo/la agreden en su casa?	Una 1	Dos 2	Tres o más 3	Especificar vínculo con la persona agresora:
11. ¿Esa/s persona/s vive/n con usted?	Sí 1	No 0		
12. ¿La persona que lo/la agrede consume drogas o alcohol?	Ambas 2	Solo una 1		
13. ¿La persona que lo/la agrede sufre alguna enfermedad mental?	Sí 2	No 0		
14. ¿En su familia existen conflictos y peleas frecuentes?	Sí 1	No 0		
15. ¿En su familia existen problemas económicos?	Sí 1	No 0		
16. ¿Sus familiares dependen económicamente de usted?	Sí 1	No 0		

III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA			
La persona que lo/la agrede...			
17. ¿Lo/la golpea y maltrata físicamente?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0
18. ¿Lo/a insulta o se burla de usted frecuentemente?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0
19. ¿Lo/a amenaza con abandonarlo, echarlo de casa o mandarlo al asilo?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0

20. ¿Le permite desplazarse libremente y salir de su casa si usted lo desea?	Siempre 0	A veces 1	Nunca 2	
21. ¿Lo/a sobrecarga de labores domésticas o lo explota?	Siempre 2	A veces 1	Nunca 0	
22. ¿Le habla y le toma en cuenta?	Siempre 0	A veces 1	Nunca 2	
23. ¿Le quita su dinero?	Sí 1	No 0		
24. ¿Le ha falsificado su firma para beneficio personal?	Sí 1	No 0		
25. ¿Le ha quitado sus propiedades y/o negocio?	Sí 1	No 0		
26. ¿En el último año, las agresiones han sido más frecuentes que antes?	Sí 1	No 0		

TOTAL:

CALIFICACIÓN:

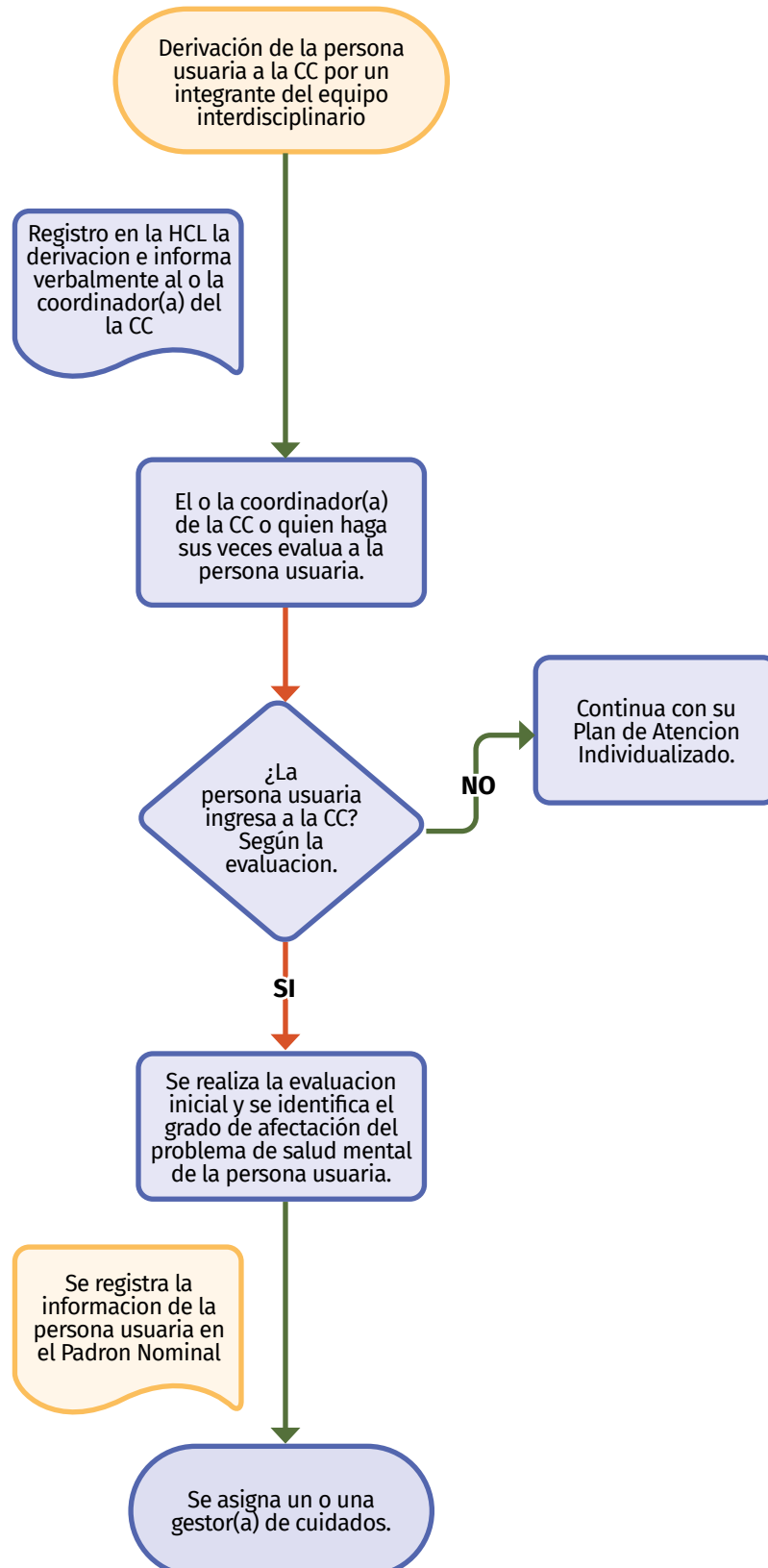
Puntaje	Categoría
De 0 a 17 puntos	Riesgo leve de continuidad o agravamiento de la violencia.
De 18 a 29 puntos	Riesgo moderado de continuidad o agravamiento de la violencia.
De 30 a 43 puntos	Riesgo severo de continuidad o agravamiento de la violencia.

RIESGO LEVE ☐RIESGO MODERADO ☐RIESGO SEVERO ☐**OBSERVACIONES DE INTERÉS:**
FIRMA Y SELLO DEL/LA
OPERADOR/A:

FIRMA DE LA VÍCTIMA:

HUELLA DIGITAL

ANEXO 14: FLUJOGRAMA DE INGRESO A LA CC



ANEXO 15: ESCALA WHOQOL

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ **HC:** _____ **FECHA:** _____

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Grado de instrucción: _____

Estado civil: _____

¿En la actualidad, está enfermo/a?

☐ Sí

☐ No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario? _____

Puntuación: No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor recuperación.

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

ANEXO 16: ESCALA RAS

(EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN: DOMINIOS Y ETAPAS)

(Lo registra el/la coordinador(a) de la CC)

APELLIDOS Y NOMBRES:

HC:

FECHA:

Instrucciones: Abajo encontrará un listado de frases que describen cómo las personas se sienten a menudo con ellas mismas y sus vidas, lea cada una cuidadosamente y encierre en un círculo el número de la columna que mejor lo represente en este momento. Encierre solo un número para cada frase y, en lo posible, no se salte ninguna.

HACIENDO COSAS QUE VALORO					
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Es importante divertirse	1	2	3	4
2	Es importante tener hábitos saludables	1	2	3	4
3	Hago cosas que son significativas para mí	1	2	3	4
4	Continúo teniendo nuevos intereses	1	2	3	4
5	Hago cosas que otras personas valoran y que les ayuda	1	2	3	4
6	Hago cosas que me proporcionan una sensación de gran felicidad	1	2	3	4
MIRANDO HACIA ADELANTE					
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
7	Si me vuelvo a sentir mal, puedo manejar la situación	1	2	3	4
8	Puedo ayudarme a mí mismo a mejorarme	1	2	3	4
9	Quiero tener éxito	1	2	3	4
10	Tengo metas que quiero lograr en la vida	1	2	3	4
11	Creo que puedo alcanzar mis metas personales actuales	1	2	3	4
12	Puedo manejar lo que sucede en mi vida	1	2	3	4
13	Me gusto a mí mismo	1	2	3	4
14	Tengo un propósito en la vida	1	2	3	4
15	Si las personas realmente me conocieran, yo les agradaría	1	2	3	4
16	Si lo sigo intentando, continuaré mejorando	1	2	3	4
17	Tengo una idea de quién quiero ser	1	2	3	4
18	Eventualmente, algo bueno ocurrirá	1	2	3	4
19	Yo soy el/la responsable de mi propia mejora	1	2	3	4
20	Estoy esperanzado/a respecto a mi propio futuro	1	2	3	4
21	Sé cuándo pedir ayuda	1	2	3	4

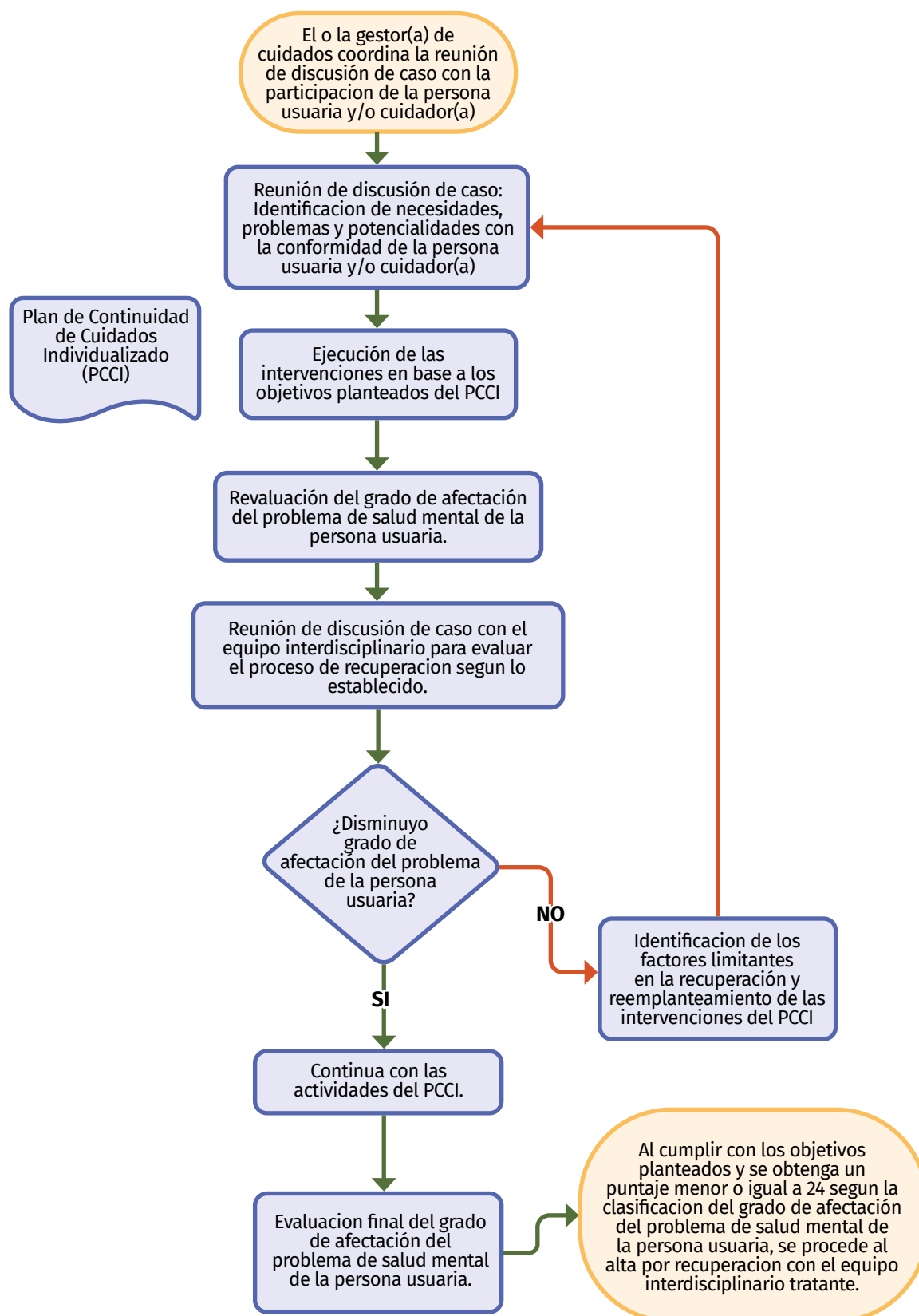
MIRANDO HACIA ADELANTE (Continuación)					
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
22	Pido ayuda cuando la necesito	1	2	3	4
23	Sé lo que me ayuda a mejorar	1	2	3	4
24	Puedo aprender de mis errores	1	2	3	4
MANEJANDO MI ENFERMEDAD					
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
25	Puedo identificar tempranamente los signos de advertencia de inicio del malestar	1	2	3	4
26	Tengo mi propio plan sobre cómo mantenerme bien o mejorarme	1	2	3	4
27	Hay cosas que puedo hacer para ayudarme a lidiar con los síntomas no deseados	1	2	3	4
28	Sé que existen servicios de salud mental que me pueden ayudar	1	2	3	4
29	Pese a que mis síntomas pueden empeorar, sé que puedo manejarlos	1	2	3	4
30	Los síntomas interfieren cada vez menos en mi vida	1	2	3	4
31	Cuando surgen mis síntomas, éstos parecen ser un problema que cada vez duran un período de tiempo menor	1	2	3	4
CONECTANDO Y PERTENECIENDO					
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
32	Tengo personas con las que puedo contar	1	2	3	4
33	Existen otras personas que creen en mí, incluso cuando yo dudo de mí mismo/a	1	2	3	4
34	Es importante tener amistades variadas	1	2	3	4
35	Tengo amigos que también han vivido enfermedades mentales	1	2	3	4
36	Tengo amigos que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
37	Tengo amigos que pueden depender de mí	1	2	3	4
38	Me siento bien con mi situación familiar	1	2	3	4

Puntuación:

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor recuperación.

FIRMA DEL/DE LA PROFESIONAL

ANEXO 17: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA CC



ANEXO 18: PAUTAS PARA REALIZAR CONSEJERÍA EN SALUD MENTAL

Pasos:

- A. Iniciar una relación de confianza:** Se genera un clima de confianza, mediante la escucha activa, una adecuada comunicación y respetando su expresión de emociones.
- B. Asesorar las necesidades en consejería:** Se busca que la persona usuaria analice la situación en la que se encuentra y se brinda la información necesaria.
- C. Orientar en la toma de decisiones y establecer metas apropiadas para el cambio de comportamiento:** Es importante que la persona usuaria decida por sí misma teniendo en cuenta sus ventajas y desventajas de la misma.
- D. Elaborar planes de acción:** En base a la decisión elegida por la persona usuaria se establecen las actividades a realizar para lograr las metas a cumplir.
- E. Poner en práctica los planes.**
- F. Monitorear y evaluar el cambio:** Al momento de realizar actividades es importante verificar que se siga lo planificado para obtener los resultados deseados, de lo contrario se debe replantear con la persona usuaria la toma de decisiones.

Aspectos a considerar:

- Evite sugerencias generales que puedan confundir a la persona usuaria como: “Tienes que ser responsable”, “Tienes que ser bueno”, “Tienes que cambiar de actitud”.
- Escuche sin prejuicios
- Entienda sin juzgar.
- Tenga empatía.
- Respete a la persona usuaria.
- Proteja la autonomía y la autodirección y elección de la persona usuaria.

ANEXO 19: PAUTAS PARA REALIZAR PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL

(La realiza el/la profesional del equipo interdisciplinario tratante)

Pasos:

A. Identificar el problema de salud mental y las necesidades de la persona usuaria.

B. Fase de jerarquización de problemas, déficits o necesidades:

- Planificación de actividades con la persona usuaria y/o cuidador(a).

C. Preparar materiales didácticos.

D. Fase educativa:

- Conociendo el problema de salud mental de la persona usuaria.
- Información sobre el tratamiento integral.
- Prevenir las recaídas y entrenamiento en situación de crisis.
- Creencias, mitos y discriminación hacia el problema de salud mental.
- Otros temas (Expresión de emociones y sentimientos, dinámica familiar, etc.)
- Refuerzo de las actividades.

Aspectos a considerar:

- Anime que la persona usuaria y/o cuidador(a) pueda(n) expresar sus pensamientos, emociones y sentimientos proporcionando un ambiente y trato horizontal.
- Respete la opinión de las causas del problema en salud mental de la persona usuaria.
- Involucre en la psicoeducación al(a la) cuidadora(a).
- Tome en cuenta el concepto de recuperación.

ANEXO 20: PAUTAS PARA REALIZAR UNA VISITA DOMICILIARIA

(El profesional del equipo interdisciplinario tratante)

Pasos:

- A. Planificar:** Se consideran los objetivos que se van a cumplir, materiales que se van a usar, las actividades, según la necesidad de la persona usuaria se prioriza que personal del equipo interdisciplinario realice la visita domiciliaria.
- B. Ejecutar:** Se evalúa la situación actual de la persona usuaria y su entorno, en base a ello se realizan las actividades programadas y de ser necesario se reformulan estas. Además, se realiza una retroalimentación y compromisos con la persona usuaria.
- C. Evaluar:** El profesional que realiza la visita domiciliaria evalúa el cumplimiento de los objetivos planteados inicialmente en base a los resultados y planifica qué intervenciones se realizan.
- D. Registrar e informar:** El profesional que realiza la visita es el responsable del registro en la HC de la persona usuaria, además de comunicar de forma verbal al equipo interdisciplinario tratante lo ocurrido durante la visita domiciliaria.

Aspectos a considerar:

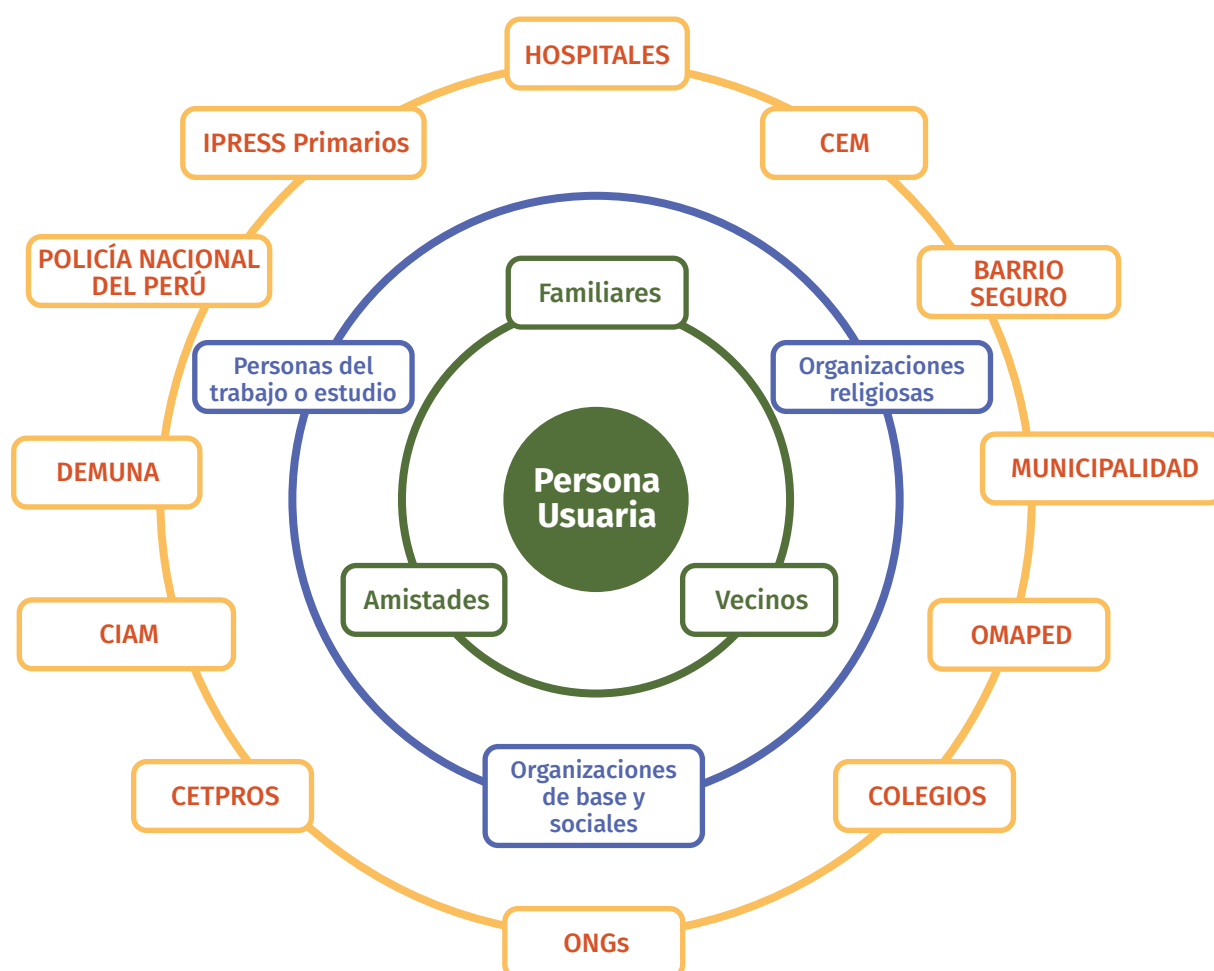
- El tiempo de la visita: Aproximadamente es entre 30 a 60 minutos.
- Motivos de la visita: Se realizan en base a las necesidades de la persona usuaria y/o cuidador(a).
- Materiales: Es necesario que el personal de salud que realice la visita domiciliaria use un distintivo de identificación, materiales de apoyo, etc.

ANEXO 21: PAUTAS PARA ARTICULAR REDES COMUNITARIAS Y ELABORACIÓN DE ECOMAPA

Pasos:

- Identificar con la persona usuaria, cuidador(a) las necesidades de soporte externo. (Lo realiza el/la gestor(a) de cuidados)
- Mapear las redes comunitarias que se encuentran alrededor del usuario en sus diferentes entornos (vivienda, institución educativa, trabajo, etc.). (Lo realiza el/la coordinador(a) de la CC)
- Realizar un acercamiento de las redes comunitarias hacia la persona usuaria y cuidador(a) o viceversa mediante un acompañamiento. (Lo realiza el/la coordinador(a) de la CC)
- Vincular a la persona usuaria y/o cuidador(a) con las redes según su necesidad. (Lo realiza el/la gestor(a) de cuidados)

Para realizar un eco mapa se debe de graficar las redes vinculadas de acuerdo a los pasos anteriormente descritos. Como en el siguiente gráfico:



9

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas. Guatemala. Normas con pertinencia cultural 2013, [Internet] Guatemala 2013 [2022 Feb 13] Disponible en: http://bvs.gt/ebblueinfo/GP/GP_001.pdf
- 2) Caycedo M, Herrera S, Jiménez k. Descripción de los Factores de Riesgo para Recaídas en Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Mental. Rev. Cienc. Salud. [Internet] 2011 [consultado 2022 Ene 24] Disponible en: http://bvs.gt/ebblueinfo/GP/GP_001.pdf Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v9n2/v9n2a04.pdf>
- 3) Mascayano F, Montenegro C. El modelo de la recuperación y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana Revista Argentina de Psiquiatría. [Internet] 2017 [consultado 2022 Dic 14] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322100524_El_modelo_de_la_recuperacion_y_la_reforma_de_la_atencion_en_salud_mental_evidencias_diferencias_y_elementos_para_una_agenda_latinoamericana
- 4) Perez,F. (coord) Hacia una Nueva Reformatión de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos técnicos, 16. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, [Internet] 2012 [consultado 2022 Nov 19] Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/producto/hacia-una-reformulacion-de-la-rehabilitacion-psicosocial/>.
- 5) OPS. Buenas Prácticas en el Desarrollo de Redes Comunitarias de Salud Mental. [Internet] 2011 [consultado 2022 Nov 21] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3191.pdf>
- 6) MINSAL. Modelo de gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. [Internet].2018; 36- 56. [consultado 2022 Jun 27] Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- 7) Luisa M, Gasca R, Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME. Guía educativa para personal de salud psicoeducativa que atiende a familiares y personas con trastornos mentales [Internet]. Gob.mx. [consultado 2022 Dic 9]. Disponible en: <http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia psicoeducativa.pdf>

REFERENCIAS NORMATIVAS:

- 8) Estado Peruano - Diario Oficial “El Peruano”. Ley N° 29889 que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. [Internet] 2012 [consultado 2022 Feb 9] Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-modifica-el-articulo-11-de-la-ley-26842-ley-general-ley-n-29889-805832-2/>
- 9) MINSA. Modelo de atención de Salud Mental Comunitario. Documento técnico de trabajo. Lima: MINSA. [Internet] 2017 [consultado 2022 Jul 17] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
- 10) MINSA. Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios. [Internet] 2017 [consultado 2022 Nov 21] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>
- 11) MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. Lima: Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. [Internet] 2017 [consultado 2022 Oct 15] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- 12) MINSA. Salud Mental Comunitaria. Nuevo Modelo de Atención. Boletín de Gestión [Internet]. Lima. 2016. [consultado 2022 Set 3] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>
- 13) MINSA, Perú. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del covid-19 Ministerio de Salud. Resolución ministerial N° 186- 2020 MINSA [Internet] 2020 [consultado 2022 Oct 19] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
- 14) MINSA Documento técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances del Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental MINSA [Internet] 2020; 40-66. [consultado 2022 Mar 8] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662772/RM_232-2020_MINSA_Y_ANEXOS_compressed.pdf
- 15) MINSA Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. [Internet] 2021; 7. [consultado 2022 Abr 6] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
- 16) MINSA Boletín de Gestión Salud Mental Comunitaria Nuevo Modelo de Atención. [Internet] 2016 [consultado 2022 May 19] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342540/Salud_mental_comunitaria__Nuevo_modelo_de_atenci%C3%B3n20190716-19467-b1nnye.pdf
- 17) Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres en Situación de Violencia Ocasionada por la Pareja o Expareja. [Internet] 2017; 10-12. [consultado 2022 Jun 9] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3943.pdf>



Av. Salaverry 801 - Lima - Jesús María - Perú
☎ (01) 315 6600

www.gob.pe/minsa

