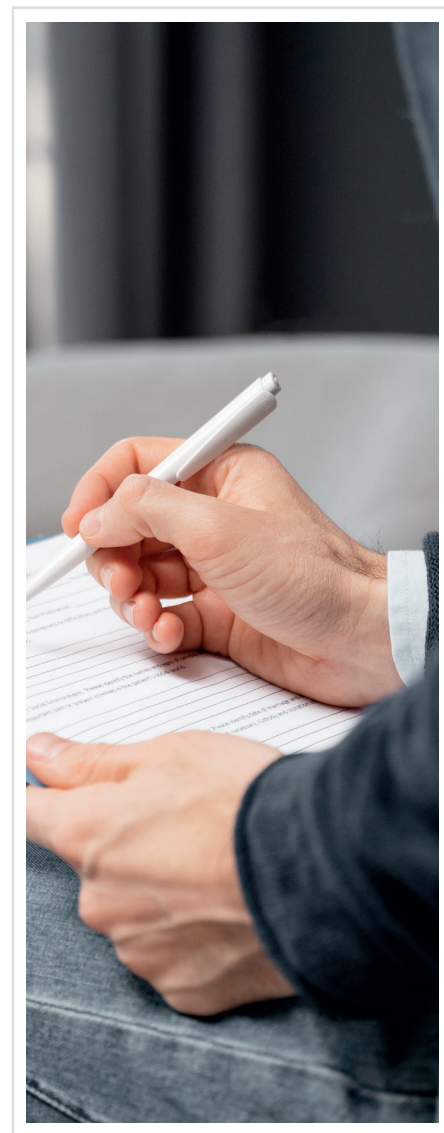
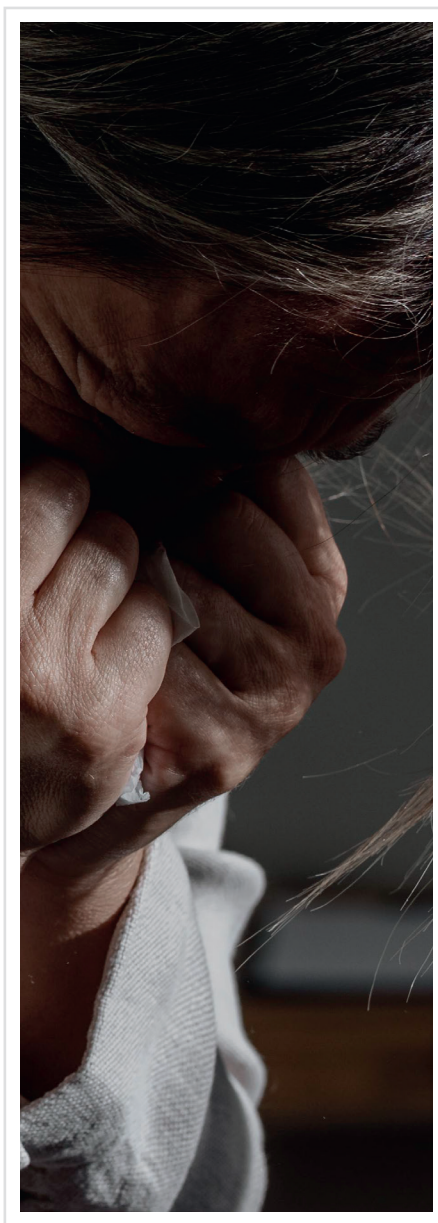
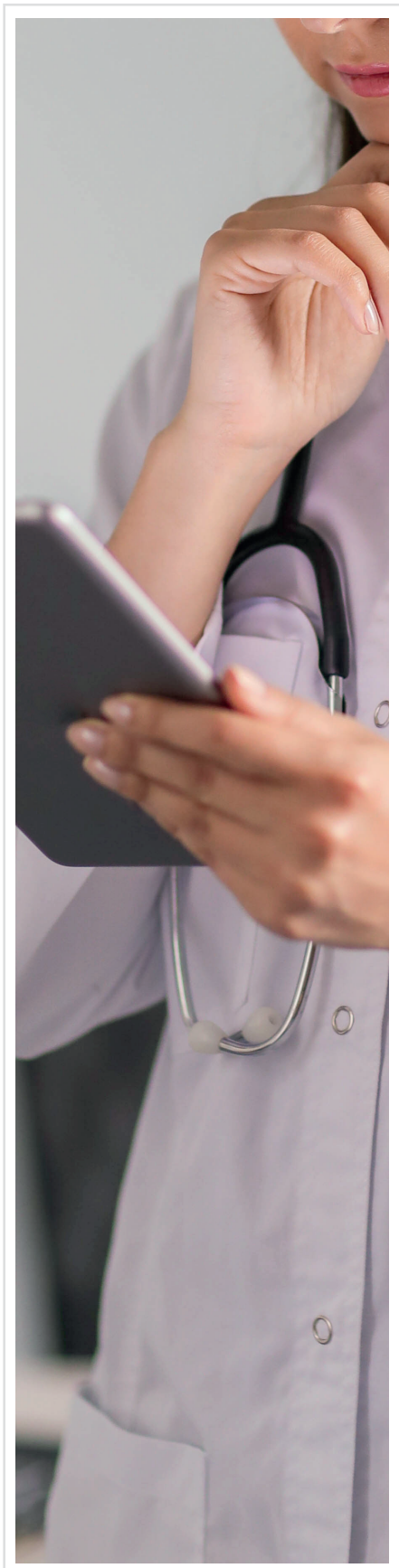


# Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental

Sistema de Información HIS



Dirección de Salud Mental  
DGIESP- MINSA



PERÚ

Ministerio  
de Salud



# Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa

Dirección de Salud Mental

Sistema de Información HIS

**Lima-Perú  
2021**

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

-----CATALOGACIÓN SOLICITAR A LA BIBLIOTECA -----

**“Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental”**

Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnologías de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (MINSA/OGTI/DGIESP).

**Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Mental:**

Med. Psiq. Yuri Licinio Cutipé Cárdenas

**Equipo Técnico de la Dirección de Salud Mental:**

Enf. María de los Angeles Mendoza Vilca

Enf. Rita Marion Uribe Obando

Med. Psiq. Vanessa Herrera López

Med. Psiq. Carlos Arbel Bromley Coloma

Med. Psiq. July Esther Caballero Peralta

Psic. Edith Brígida Santos Zúñiga

Psic. Gladys Zoraida Champi Jalixto

Psic. Miguel Ángel Hinojosa Mendoza

Psic. María Gioconda Coronel Altamirano

Med. Psiq. Sandra Orihuela Fernández

Psic. María del Pilar Luna Ríos

Med. Psiq. Manuel Eduardo Escalante Palomino

Psic. Rosa Maria Zapata Guizado

Psic. Luz Illary Ramírez Freyre

Psic. Luz Guadalupe Aragonés Alosilla

Enf. Ruth Rosa Espinoza Villafuerte

Med. Psiq. Margarita Yamile Pinao Suárez

Psic. Nancy Mercedes Capacyachi Otárola

Psic. María Elena Morante Maco

Psic. Patricia Alvarado Chirinos

Q.F. Mery Luz Pillaca Medina

**Director Ejecutivo de la Oficina de Gestión de la Información**

Ing. Albertico Quispe Cruzatti

**Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Información**

Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga

Ing. Adhemir Reynel Bellido Delgado

**Apoyo Administrativo**

Adm. Carolina Inés Meza Flores

**Diseño y Diagramación**

Julie Guillen Ramos

©MINSA-febrero 2021.

**Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)

[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

1ra Edición, febrero 2021

**Tiraje:** -----

**Imprenta:** -----(Nombre de la imprenta)

**RUC:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**E-mail:**

Se terminó de imprimir en --mes--- 2021.

**Versión Digital:**



Óscar Raúl Ugarte Ubilluz  
**Ministro de Salud**

Percy Luis Minaya León  
**Viceministro de Salud Pública**

Bernardo Elvis Ostos Jara  
**Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud**

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz  
**Secretaria General**

Karim Jaqueline Pardo Ruíz  
**Directora General de Intervenciones  
Estratégicas en Salud Públicas (e)**

Miguel Ángel Gutierrez Reyes  
**Director General de la Oficina General de  
Tecnologías de la Información**

Yuri Licinio Cutipé Cárdenas  
**Director Ejecutivo de la Dirección de Salud Mental  
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública**

## Indice

<b>I.</b>	<b>I. GENERALIDADES</b>	<b>08</b>
	1.1. Actividades más frecuentes	08
	1.2. Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de salud mental	18
<b>II.</b>	<b>Acciones Comunes</b>	<b>19</b>
	2.1. Acompañamiento clínico psicosocial	19
<b>III.</b>	<b>Personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas</b>	<b>19</b>
	3.1. Tamizaje para detectar trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol y conducta suicida) en grupos de riesgo de personas mayores de 18 años	20
	3.2. Tamizaje para detectar violencia familiar en personas mayores de 18 años	21
	3.3. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más	22
	3.4. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años	23
	3.5. Tamizaje para detectar maltrato infantil en niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	24
	3.6. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años	25
<b>IV.</b>	<b>Población con problemas psicosociales que reciben atención oportuna y de calidad (3000699)</b>	<b>26</b>
	4.1. Tratamiento en violencia familiar en el primer nivel de atención no especializado	27
	4.2. Tratamiento especializado en violencia familiar	30
	4.3. Tratamiento especializado de personas afectadas por violencia sexual	34
	4.4. Tratamiento de niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato infantil	37
	4.5. Tratamiento especializado niñas, niños y adolescentes afectados por violencia sexual	42
	4.6. Tratamiento ambulatorio de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años con trastornos del espectro autista	45
	4.7. Tratamiento ambulatorio de niñas, niños y adolescentes de 0 de 17 por trastornos mentales y del comportamiento	48
<b>V.</b>	<b>Personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratadas oportunamente</b>	<b>51</b>
	5.1. Tratamiento ambulatorio de personas con depresión	52
	5.2. Tratamiento ambulatorio de personas con conducta suicida	55
	5.3. Tratamiento ambulatorio de personas con ansiedad	60
	5.4. Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos, ansiedad y de conducta suicida	64
<b>VI.</b>	<b>Personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo del alcohol y tabaco tratadas oportunamente</b>	<b>65</b>
	6.1. Intervenciones breves motivacionales para personas con consumo perjudicial del alcohol y tabaco	66
	6.2. Intervención para personas con dependencia del alcohol y tabaco	67
	6.3. Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol	70
	6.4. Atención de personas con intoxicación alcohólica grave	71
	6.5. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol	72

<b>VII. Personas con trastornos y síndromes psicóticos tratadas oportunamente</b>	<b>74</b>
7.1. Tratamiento ambulatorio a personas con síndrome psicótico o trastorno del espectro de la esquizofrenia	74
7.2. Tratamiento ambulatorio de personas con primer episodio psicótico	79
7.3. Tratamiento ambulatorio para las personas con deterioro cognitivo	84
7.4. Cuidados de salud domiciliarios a personas con demencia severa y en precarias condiciones económicas	86
7.5. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	87
7.6. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hospitales	93
7.7. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hogares protegidos	94
7.8. Rehabilitación psicosocial	99
7.9. Rehabilitación laboral	100
<b>VIII. Comunidades con poblaciones víctimas de violencia política atendidas</b>	<b>101</b>
8.1. Fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial	101
8.2. Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política	101
8.3. Reconstrucción de la identidad colectiva	102
<b>IX. Población en riesgo que accede a programas de prevención en salud mental</b>	<b>103</b>
9.1. Prevención de conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. familias fuertes: amor y límites	103
9.2. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos	104
9.3. Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias	105
9.4. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños	106
<b>X. Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales</b>	<b>108</b>
10.1. Madres, padres y cuidadores/as con apoyo en estrategias de crianza y conocimientos sobre el desarrollo infantil	108
10.2. Parejas con consejería en la promoción de una convivencia saludable	109
10.3. Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad	110
10.4. Agentes Comunitarios de Salud realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja	113
<b>XI. Actividades de salud mental relacionadas a participación social y comunitaria</b>	<b>115</b>
11.1. Con la comunidad de la jurisdicción	115
11.2. Con la organización de los asociaciones y comités de familiares y/o usuarios de servicios de salud mental	116
11.3. Encuentros de participación comunitaria	118
11.4. Vigilancia y acompañamiento comunitario (agentes comunitarios de salud)	118
<b>XII. Buenas practicas de atención farmacéutica a personas con problemas de salud mental (servicio de farmacia)</b>	<b>119</b>

**I. GENERALIDADES**

**1.1. Actividades más frecuentes**

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
<b>Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos</b>		<b>Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y otras drogas</b>	
F000	Demencia en la enfermedad de alzheimer, de comienzo temprano	F100	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, intoxicación aguda
F001	Demencia en la enfermedad de alzheimer, de comienzo tardío	F101	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, uso nocivo
F002	Demencia en la enfermedad de alzheimer, atípica o de tipo mixto	F102	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia
F009	Demencia en la enfermedad de alzheimer, no especificada	F103	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia
F010	Demencia vascular de comienzo agudo	F104	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia con delirio
F011	Demencia vascular por infartos múltiples	F105	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno psicótico
F012	Demencia vascular subcortical	F106	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome amnésico
F013	Demencia vascular mixta, cortical y subcortical	F107	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
F018	Otras demencias vasculares	F108	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento
F019	Demencia vascular, no especificada	F109	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F020	Demencia en la enfermedad de Pick	F110	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, intoxicación aguda
F021	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	F111	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, uso nocivo
F022	Demencia en la enfermedad de Huntington	F112	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, síndrome de dependencia
F023	Demencia en la enfermedad de Parkinson	F113	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, estado de abstinencia
F024	Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	F114	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, estado de abstinencia con delirio
F028	Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte	F115	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, trastorno psicótico
F03x	Demencia sin especificación.	F116	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, síndrome amnésico
F04x	Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psico	F117	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
F050	Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito	F118	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, otros trastornos mentales y del comportamiento
F051	Delirio superpuesto a un cuadro de demencia	F119	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F058	Otros delirios		
F059	Delirio, no especificado		
F060	Alucinosis orgánica		
F061	Trastorno catatónico, orgánico		
F062	Trastorno delirante [esquizofreniforme], orgánico		
F063	Trastornos del humor [afectivos], orgánicos		
F064	Trastorno de ansiedad, orgánico		
F065	Trastorno disociativo, orgánico		
F066	Trastorno de labilidad emocional [asténico], orgánico		
F067	Trastorno cognoscitivo leve		
F068	Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfer		
F069	Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad		
F070	Trastorno de la personalidad, orgánico		
F071	Síndrome postencefalítico		
F072	Síndrome postconcusional		
F078	Otros trastornos orgánicos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad,		
F079	Trastorno orgánico de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión		



Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	F138	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, otros trastornos mentales y del comportamiento
F120	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, intoxicación aguda	F139	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F121	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, uso nocivo	F140	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, intoxicación aguda
F122	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome de dependencia	F141	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, uso nocivo
F123	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, estado de abstinencia	F142	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome de dependencia
F124	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, estado de abstinencia con delirio	F143	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, estado de abstinencia
F125	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno psicótico	F144	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, estado de abstinencia con delirio
F126	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome amnésico	F145	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno psicótico
F127	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	F146	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, síndrome amnésico
F128	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, otros trastornos mentales y del comportamiento	F147	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
F129	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, trastorno mental y del comportamiento, no especificado	F148	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, otros trastornos mentales y del comportamiento
F130	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, intoxicación aguda	F149	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F131	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, uso nocivo	F150	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, intoxicación aguda
F132	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, síndrome de dependencia	F151	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, uso nocivo
F133	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, estado de abstinencia	F152	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, síndrome de dependencia
F134	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, estado de abstinencia con delirio	F153	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, estado de abstinencia
F135	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno psicótico	F154	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, estado de abstinencia con delirio
F136	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, síndrome amnésico	F155	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, trastorno psicótico
F137	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	F156	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, síndrome amnésico
		F157	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
F158	la cafeína, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, otros trastornos mentales y del comportamiento	F178	residual y de comienzo tardío Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, otros trastornos mentales y del comportamiento
F159	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína, trastorno mental y del comportamiento, no especificado	F179	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F160	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, intoxicación aguda	F180	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, intoxicación aguda
F161	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, uso nocivo	F181	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, uso nocivo
F162	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, síndrome de dependencia	F182	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, síndrome de dependencia
F163	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, estado de abstinencia	F183	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, estado de abstinencia
F164	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, estado de abstinencia con delirio	F184	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, estado de abstinencia con delirio
F165	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, trastorno psicótico	F185	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno psicótico
F166	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, síndrome amnésico	F186	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, síndrome amnésico
F167	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	F187	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
F168	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, otros trastornos mentales y del comportamiento	F188	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, otros trastornos mentales y del comportamiento
F169	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, trastorno mental y del comportamiento, no especificado	F189	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles, trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F170	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, intoxicación aguda	F190	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda
F171	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, uso nocivo	F191	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, uso nocivo
F172	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, síndrome de dependencia	F192	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia
F173	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia	F193	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia
F174	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, estado de abstinencia con delirio	F194	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, estado de abstinencia con delirio
F175	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, trastorno psicótico	F195	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de
F176	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, síndrome amnésico		
F177	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, trastorno psicótico		

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
F196	otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome amnésico	F310	Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente
F197	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	F311	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos
F198	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, otros trastornos mentales y del comportamiento	F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos
F199	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno mental y del comportamiento, no especificado	F313	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
		F314	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
		F315	Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
		F316	Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
		F317	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
		F318	Otros trastornos afectivos bipolares
		F319	Trastorno afectivo bipolar, no especificado
		F320	Episodio depresivo leve
		F321	Episodio depresivo moderado
		F322	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
		F323	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
		F328	Otros episodios depresivos
		F329	Episodio depresivo, no especificado
		F330	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
		F331	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
		F332	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
		F333	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos
		F334	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
		F338	Otros trastornos depresivos recurrentes
		F339	Trastorno depresivo recurrente, no especificado
		F340	Ciclotimia
		F341	Distimia
		F348	Otros trastornos del humor [afectivos] persistentes
		F349	Trastorno persistente del humor (afectivo), no especificado
		F380	Otros trastornos del humor [afectivos], aislados
		F381	Otros trastornos del humor [afectivos], recurrentes
		F388	Otros trastornos del humor [afectivos], especificados
		F431	Trastorno de estrés postraumático
		F39x	Trastorno del humo sin especificación
<b>Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes</b>			
F200	Esquizofrenia paranoide		
F201	Esquizofrenia hebefrenica		
F202	Esquizofrenia catatónica		
F203	Esquizofrenia indiferenciada		
F204	Depresión postesquizofrenica		
F205	Esquizofrenia residual		
F206	Esquizofrenia simple		
F208	Otras esquizofrenias		
F209	Esquizofrenia no especificada		
F21x	Trastorno esquizotípico		
F220	Trastorno delirante		
F228	Otros trastornos delirantes persistentes		
F229	Trastorno delirante persistente, no especificado		
F230	Trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia		
F231	Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia		
F232	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico		
F233	Otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes		
F238	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios		
F239	Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado		
F24x	Trastorno delirante inducido		
F250	Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco		
F251	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo		
F252	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto		
F258	Otros trastornos esquizoafectivos		
F259	Trastorno esquizoafectivo, no especificado		
F28x	Otros trastornos psicóticos no orgánicos		
F29x	Psicosis de origen no orgánico, no especificada		
<b>Trastornos del humor (afectivos)</b>			
F300	Hipomanía		
F301	Manía sin síntomas psicóticos		
F302	Manía con síntomas psicóticos		
F308	Otros episodios maniacos		
F309	Episodio maniaco no especificado		
<b>Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos</b>			
F400	Agorafobia		
F401	Fobias sociales		
F402	Fobias específicas (aisladas)		
F408	Otros trastornos fóbicos de ansiedad		

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
F409	Trastorno fóbico de ansiedad, no especificado	F508	Otros trastornos de la ingestión de alimentos
F410	Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]	F509	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado
F411	Trastorno de ansiedad generalizada	F510	Insomnio no orgánico
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F511	Hipersomnio no orgánico
F413	Otros trastornos de ansiedad mixtos	F512	Trastorno no orgánico del ciclo sueño - vigilia
F418	Otros trastornos de ansiedad especificados	F513	Sonambulismo
F419	Trastorno de ansiedad, no especificado	F514	Terrores del sueño [terrores nocturnos]
F420	Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas	F515	Pesadillas
F421	Predominio de actos compulsivos [rituales obsesivos]	F518	Otros trastornos no orgánicos del sueño
F422	Actos e ideas obsesivas mixtos	F519	Trastorno no orgánico de sueño, no especificado
F428	Otros trastornos obsesivo - compulsivos	F520	Falta o pérdida del deseo sexual
F429	Trastorno obsesivo - compulsivo, no especificado	F521	Aversión al sexo y falta de goce sexual
F430	Reacción a estrés agudo	F522	Falla de la respuesta genital
F431	Trastorno de estrés postraumático	F523	Disfunción orgásmica
F432	Trastornos de adaptación	F524	Eyacuación precoz
F438	Otras reacciones al estrés grave	F525	Vaginismo no orgánico
F439	Reacción al estrés grave, no especificada	F526	Dispareunia no orgánica
F440	Amnesia disociativa	F527	Impulso sexual excesivo
F441	Fuga disociativa	F528	Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicas
F442	Estupor disociativo	F529	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicas, no especifica
F443	Trastornos de trance y de posesión	F530	Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasifica
F444	Trastornos disociativos del movimiento	F531	Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados
F445	Convulsiones disociativas	F538	Otros trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados
F446	Anestesia disociativa y pérdida sensorial	F539	Trastorno mental puerperal, no especificado
F447	Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]	F54x	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedad
F448	Otros trastornos disociativos [de conversión]	F55x	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F449	Trastorno disociativo (de conversión), no especificado	F59x	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores
F450	Trastorno de somatización		
F451	Trastorno somatomorfo indiferenciado		
F452	Trastorno hipocondríaco		
F453	Disfunción autonómica somatomorfa		
F454	Trastorno de dolor persistente somatomorfo		
F458	Otros trastornos somatomorfos		
F459	Trastorno somatomorfo, no especificado		
F480	Neurastenia		
F481	Síndrome de despersonalización y desvinculación de la realidad		
F488	Otros trastornos neuróticos especificados		
F489	Trastorno neurótico, no especificado		
	<b>Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos</b>		
F500	Anorexia nerviosa		
F501	Anorexia nerviosa atípica		
F502	Bulimia nerviosa		
F503	Bulimia nerviosa atípica		
F504	Hiperfagia asociada con otras alteraciones psicológicas		
F505	Vómitos asociados con otras alteraciones psicológicas		
			<b>Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos</b>
		F600	Trastorno paranoide de la personalidad
		F601	Trastorno esquizoide de la personalidad
		F602	Trastorno asocial de la personalidad
		F603	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
		F604	Trastorno histriónico de la personalidad
		F605	Trastorno anancástico de la personalidad
		F606	Trastorno de la personalidad ansiosa (evasiva, elusiva)
		F607	Trastorno de la personalidad dependiente
		F608	Otros trastornos específicos de la personalidad
		F609	Trastorno de la personalidad sin especificación.
		F61x	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
		F620	Cambio perdurable de la personalidad después de

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
F621	una experiencia catastrófica Cambio perdurable de la personalidad consecutivo a una enfermedad psiquiátrica	F718	tamiento significativo, que requiere atención Retraso mental moderado, otros deterioros del comportamiento
F628	Otros cambios perdurables de la personalidad	F719	Retraso mental moderado por deterioro del comportamiento de grado no especificado
F629	Cambio perdurable de la personalidad, no especificado	F720	Retraso mental grave por deterioro del comportamiento de grado no especificado
F630	Juego patológico	F721	Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención
F631	Piromanía	F728	Retraso mental grave, otros deterioros del comportamiento
F632	Hurto patológico [cleptomanía]	F729	Retraso mental grave, deterioro del comportamiento de grado no especificado
F633	Tricotilomanía	F730	Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F638	Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos	F731	Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención
F639	Trastorno de los hábitos y de los impulsos, no especificado	F738	Retraso mental profundo, otros deterioros del comportamiento
F640	Transexualismo	F739	Retraso mental profundo, deterioro del comportamiento de grado no especificado
F641	Travestismo de rol dual	F780	Otros tipos de retraso mental, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F642	Trastorno de la identidad de género en la niñez	F781	Otros tipos de retraso mental, deterioro del Comportamiento significativo, que requiere
F648	Otros trastornos de la identidad de género	F788	Otros tipos de retraso mental, otros deterioros del Comportamiento
F649	Trastorno de la identidad de género, no especificado	F789	Otros tipos de retraso mental, deterioro del Comportamiento de grado no especificado
F650	Fetichismo		
F651	Travestismo fetichista		
F652	Exhibicionismo		
F653	Voyerismo		
F654	Pedofilia		
F655	Sadomasoquismo		
F656	Trastornos múltiples de la preferencia sexual		
F658	Otros trastornos de la preferencia sexual		
F659	Trastorno de la preferencia sexual, no especificado		
F660	Trastorno de la maduración sexual		
F661	Orientación sexual egodistónica		
F662	Trastorno de la relación sexual		
F668	Otros trastornos del desarrollo psicosexual		
F669	Trastornos del desarrollo psicosexual, no especificado		
F680	Elaboración de síntomas físicos por causas psicológicas		
F681	Producción intencional o simulación de síntomas o de incapacidades, tanto físicas como		
F688	Otros trastornos especificados de la personalidad y del comportamiento en adultos		
	<b>Retraso mental</b>		
F700	Retraso mental leve, deterioro del comportamiento nulo o mínimo		
F701	Retraso mental leve, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención		
F708	Retraso mental leve, otros deterioros del comportamiento		
F709	Retraso mental leve por deterioro del comportamiento de grado no especificado		
F710	Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo		
F711	Retraso mental moderado, deterioro del compor-		
			<b>Trastornos del desarrollo psicológico</b>
		F800	Trastorno específico de la pronunciación
		F801	Trastorno del lenguaje expresivo
		F802	Trastorno de la recepción del lenguaje
		F803	Afasia adquirida con epilepsia [landau - kleffner]
		F808	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje
		F809	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje in especificación.
		F810	Trastorno específico de la lectura
		F811	Trastorno específico del deletreo [ortografía]
		F812	Trastorno específico de las habilidades aritméticas
		F813	Trastorno mixto de las habilidades escolares
		F818	Otros trastornos del desarrollo de las habilidades Escolares
		F819	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje Escolar sin especificación.
		F82x	Trastorno específico del desarrollo psicomotor
		F83x	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
		F840	Autismo en la niñez
		F841	Autismo atípico
		F842	Síndrome de Rett
		F843	Otro trastorno desintegrativo de la niñez
		F844	Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
F845	y Movimientos estereotipados Síndrome de asperger	F989	miento que aparecen habitualmente en la niñez Trastornos no especificados, emocionales y del comportamiento, que aparecen habitualmente
F848	Otros trastornos generalizados del desarrollo		
F849	Trastorno generalizado del desarrollo, no especificado		
F88x	Otros trastornos del desarrollo psicológico		
<b>Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia</b>		<b>Lesiones autoinfligidas intencionalmente</b>	
F900	Perturbación de la actividad y de la atención	X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a analgésicos no narcóticos, anti-piréticos y anti-reumáticos
F901	Trastorno hiperkinético de la conducta	X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y Exposición a drogas anti-epilépticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas no clasificadas en otra parte
F908	Otros trastornos hiperkinéticos	X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
F909	Trastorno hiperkinético, no especificado	X63	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
F910	Trastorno de la conducta limitado al contexto familiar	X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificado
F911	Trastorno de la conducta insociable	X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol
F912	Trastorno de la conducta sociable	X66	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
F913	Trastorno opositor desafiante	X67	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
F918	Otros trastornos de la conducta	X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas
F919	Trastorno de la conducta, no especificado	X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
F920	Trastorno depresivo de la conducta	X71	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
F928	Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	X72	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
F929	Trastorno mixto de la conducta y de las emociones, no especificado	X73	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
F930	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez	X74	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
F931	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez	X75	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
F932	Trastorno de ansiedad social en la niñez	X76	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
F933	Trastorno de rivalidad entre hermanos	X77	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
F938	Otros trastornos emocionales en la niñez	X78	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
F939	Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la Infancia, no especificado	X79	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
F940	Mutismo selectivo	X80	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
F941	Trastorno de vinculación reactiva en la niñez	X81	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar-se o colocarse delante de objeto en movimiento
F942	Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez	X82	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión
F948	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez		
F949	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no Especificado		
F950	Trastorno por tic transitorio		
F951	Trastorno por tic motor o vocal crónico		
F952	Trastorno por tics motores y vocales múltiples combinados [de la tourette]		
F958	Otros trastornos por tics		
F959	Trastorno por tic, no especificado		
F980	Enuresis no orgánica		
F981	Encopresis no orgánica		
F982	Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez		
F983	Pica en la infancia y la niñez		
F984	Trastornos de los movimientos estereotipados		
F985	Tartamudez [espasmofemia]		
F986	Farfullero		
F988	Otros trastornos emocionales y del comporta-		

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
X83	de vehículo de motor Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados.		
<b>Síndromes del maltrato</b>		<b>Secuelas de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada</b>	
T740	Negligencia o abandono	Y870	Secuelas de lesiones autoinfligidas
T741	Abuso físico	Y871	Secuelas de agresiones.
T742	Abuso sexual	<b>Códigos de otras actividades que se realizan en salud mental</b>	
T743	Abuso psicológico	R456	Problemas relacionados con violencia
T748	Otros síndromes de maltrato (formas mixtas)	Z046	Examen psiquiátrico general solicitado por una autoridad
T749	Síndrome del maltrato no especificado	Z133	Examen de pesquisa especial para trastornos mentales y del comportamiento.
<b>Agresión con fuerza corporal</b>		Z600	Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
Y040	Agresión con fuerza corporal en vivienda	Z601	Problemas relacionados con situación familiar atípica.
Y041	Agresión con fuerza corporal en institución residencial	Z602	Problemas relacionados con persona que vive sola
Y042	Agresión con fuerza corporal en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas publicas	Z603	Problemas relacionados con la adaptación cultural
Y048	Agresión con fuerza corporal en otro lugar especificado	Z604	Problemas relacionado con la exclusión y rechazo
Y049	Agresión con fuerza corporal en lugar no especificado	Z605	Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
<b>Agresión sexual con fuerza corporal</b>		Z608	Otros problemas relacionados con el ambiente social
Y050	Agresión sexual con fuerza corporal en vivienda	Z609	Problema no especificado relacionado con el ambiente social.
Y051	Agresión sexual con fuerza corporal en institución residencial	Z610	Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
Y052	Agresión sexual con fuerza corporal en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas	Z611	Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia.
Y058	Agresión sexual con fuerza corporal en otro lugar especificado.	Z612	Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
Y059	Agresión sexual con fuerza corporal en lugar no especificado	Z613	Problemas relacionados con eventos que llevaron a la perdida de la autoestima en la infancia
<b>Negligencia y abandono</b>		Z614	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo
Y060	Negligencia y abandono por esposo o pareja	Z615	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo
Y061	Negligencia y abandono por padre o madre	Z616	Problemas relacionados con el abuso físico del niño.
Y062	Negligencia y abandono por conocido o amigo	Z617	Problemas relacionados con experiencias personales aterrizantes en la infancia
Y068	Negligencia y abandono por otra persona especificada	Z618	Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia.
<b>Otros síndromes de maltrato</b>		Z619	Problemas relacionados con experiencia negativa no especificada en la infancia
Y070	Síndrome de maltrato por esposo o pareja	<b>Otros problemas relacionados con la crianza de la niña o niño.</b>	
Y071	Otros síndromes de maltrato por padre o madre	Z620	Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuado de los padres
Y072	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo (bullying).	Z621	Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
Y073	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales	Z622	Problemas relacionados con la crianza en institu-
Y078	Otros síndromes de maltrato por otra persona especificada.		
Y079	Otros síndromes de maltrato por persona no especificada		

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
	ciones.	Z658	Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales
Z623	Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño	Z659	Problemas relacionados con circunstancias psicosociales (problemas en el desarrollo)
Z624	Abandono emocional del niño		<b>Problemas relacionados con el estilo de vida</b>
Z625	Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño	Z720	Problemas relacionados con el uso de tabaco
Z626	Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anormalidades en la calidad de la crianza	Z721	Problemas relacionados con el uso de alcohol
Z628	Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño	Z722	Problemas relacionados con el uso de drogas
Z629	Otros problemas relacionados con la crianza del niño (sistemas de creencias)	Z728	Otros problemas relacionados con el estilo de vida
		Z733	Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
		Z734	Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas
			<b>Actividades de salud mental</b>
	<b>Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, Inclusive circunstancias familiares</b>	96150.01	Tamizaje en Violencia
Z630	Problemas relación pareja esposos	96150.02	Tamizaje en Alcohol y Drogas
Z631	Problemas en la relación con los padres políticos familiares	96150.03	Tamizaje en Trastornos Depresivos
Z632	Problemas en relación con el soporte socio - familiar	96150.04	Tamizaje en Psicosis
Z633	Ausencia de miembro de la familia	96150.05	Aplicación del cuestionario de habilidades sociales
Z634	Desaparición o muerte de miembro de la familia	96150.06	Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años.
Z635	Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio	96150.07	Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más.
Z636	Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar	96150.08	Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años.
Z637	Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	99402.09	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
Z638	Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador
Z639	Problema no especificado relacionados con el grupo primario de apoyo	99207	Consulta de salud mental
Z640	Problemas relacionados con embarazo no deseado	99207.04	Psicoeducación al paciente
Z641	Problemas relacionados con la multiparidad.	99207.01	Intervención individual de salud mental
Z642	Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro	99366	Reunión del o los médicos tratantes con el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (participación de profesional no médicos de la salud), frente a frente con el paciente y/o familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más (Plan Individualizado formulado)
Z643	Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro	99285.01	Manejo inicial consulta en emergencia problema de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional. (prioridad I) (Intervención en crisis)
Z644	Problemas relacionados con el desacuerdo con consejeros	96100.02	Consejería y Orientación psicológica
Z650	Problemas relacionados con culpabilidad en procedimientos civiles o criminales sin prisión	99402.17	Consejería de actividad física
Z651	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento	90861	Terapia de relajación
Z652	Problemas relacionados con la liberación de la prisión	99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
Z653	Problemas relacionados con otras circunstancias legales	96150	Evaluación de salud y comportamiento (ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud observación de la conducta monitoreo psicofisiológico)
Z654	Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura		
Z655	Exposición a desastre, guerra u otras hostilidades		



Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
	cuestionarios orientados a la salud) por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente evaluación inicial (Entrevista motivacional)		
	<b>Psicoterapia individual:</b>		<b>Actividades en trabajo remoto</b>
90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia	99499.01	Teleconsulta en línea
90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo	99499.08	Teleorientación síncrona
90860	Psicoterapia cognitivo conductual	99499.10	Telemonitoreo
	<b>Intervención familiar</b>	99499.11	Teleinterconsulta síncrona. En lab 1º
C2111.01	Psicoeducación a la familia (Intervención familiar)	1	Consultante ó
96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)	2	Consultor
90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)		<b>APP</b>
	<b>Actividades grupales</b>	APP 093	Actividad con institución educativa
99207.06	Atención en salud mental a mujeres que son víctimas de violencia por su pareja o expareja (incluye aplicación de la ficha de valoración de riesgos)	APP 108	Actividad en comunidad
99207.02	Intervención grupal en salud mental	APP 136	Actividad con Familia
C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua	APP 138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
90857	Psicoterapia interactiva de grupo	APP 144	Actividad con Docentes
90872	Taller de habilidades sociales	APP 150	Actividad con autoridades y líderes comunales
99401.15	Consejería en habilidades sociales	APP 151	Actividad con Mujeres
99401.19	Consejería para el autocuidado	APP 166	Actividades con Líderes Escolares
99401.25	Consejería en pautas de crianza buen trato comunicación y cuidados adecuados		
99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja		
99402.14	Consejería en promoción del buen trato y salud mental		
C0002	Reunión con institución educativa		
C0003	Reunión de comunidad		
C0005	Taller para institución educativa		
C0006	Taller comunitario		
C0007	Taller para la Familia		
C0011	Visitas familiares integrales		
C0071	Análisis de la situación de salud. Identificación de necesidades de salud de la población con participación de la comunidad		
C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad (Sesión de movilización de redes de apoyo)		
C2111	Taller psicoeducativo grupal		
C7001	Reunión de Monitoreo		
C7003	Reunión de Evaluación		
97009	Terapia del lenguaje /sesión		
96100	Consulta psicológica		

## 1.2. Instrucciones para el registro y codificación de las actividades de salud mental

El registro de los datos generales se hace siguiendo las indicaciones pertinentes y no presenta características especiales.

### ATENCIÓN DE SALUD

Los referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

**P: (Diagnóstico Presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de Lab. Su carácter es provisional.

**D: (Diagnóstico Definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

**R: (Diagnóstico Repetido)** Cuando la persona vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

- Si son más de tres diagnósticos, anote en el siguiente registro y trace una línea oblicua desde el ítem día hasta el de servicio y deje en blanco.
- Los ítems diagnóstico motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab presentan algunas particularidades que se desarrollaran en el documento.
- En caso, el usuario(a) presenta una de estas condiciones, se registrara en el 2do valor lab del diagnóstico las siguientes siglas:

Valor lab	Condición
G	Gestante
TPE	Trata de Personas
JUD	Persona Judicializada

- Si las prestaciones de salud mental se brindan una persona que es considerada victima de violencia politica (Registrada en el RUV) se adicionará al registro Víctima de violencia política (crimen o terrorismo, incluyendo tortura) con el código Z654.

### Por ejemplo:

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
8	67554986	2	Lima		M	PC	PESO	N	X	1. Abuso fisico	P	X	R	G			T741
					M		TALLA	X	C	2. Intervención en salud mental	P	X	R	1			
	8765				D	Pab	Hb	R	R	3. Víctima de violencia política	P	X	R				Z654

Todas las prestaciones realizadas de manera virtual, se adicionara al registro los códigos de telemedicina según corresponda, así como deberán ser registradas en la historia clínica del usuario.

## II. ACCIONES COMUNES

### 2.1. Acompañamiento Clínico Psicosocial

#### a. Definición operacional

Conjunto de acciones de interacción personal basadas en la generación de vínculos de confianza, respeto, reciprocidad, colaboración y de compartir saberes que propicia el desarrollo de capacidades mutuas y se realiza entre el equipo interdisciplinario de profesionales del centro de salud mental comunitario y el equipo de salud de establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado, ubicados en el mismo ámbito territorial, con la finalidad cumplir óptimamente sus responsabilidades frente al cuidado integral de salud mental de la población que atienden.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 100 Personal de salud

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

- En el 1º casillero anote Asistencia técnica
- En el 2º casillero anote Supervisión

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en todas

En el ítem Lab anote:

- En la 1era actividad se colocará en el
  - 1º casillero lab: ACP (Acompañamiento clínico psicosocial)
  - 2º casillero lab: número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda
  - 3º casillero lab: número de personal de salud que recibieron la asistencia técnica.
- En la 2da actividad se colocará en el
  - 1º casillero lab anote el número correspondiente al profesional que participa en la actividad.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Médico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /									
	APP 100			Arequipa		A	M	PC			PESO		N	N	1. Asistencia técnica	P	X	R	ACP	2	8	C7004
						M					FALLA		C	C	2. Supervisión	P	X	R		3		C7002
						D	F	Pab			Hb		R	R	3	P	D	R				



Se considera actividad cumplida cuando se realicen las 10 asistencias técnicas.

## III. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES DETECTADAS

El tamizaje de salud mental comprende una entrevista terapéutica breve, observación de indicadores de algún problema de salud mental, aplicación de cuestionarios breves (según corresponda) y una consejería de acuerdo a los hallazgos (refuerzo de factores protectores si el resultado es negativo o la derivación y cita en el servicio de salud mental del establecimiento, si la persona es identificada con algún problema de salud mental).

Considerar los siguientes códigos para el registro de la actividad:

DESCRIPCIÓN	CÓDIGOS
Tamizaje en Violencia	96150.01
Tamizaje en Alcohol y Drogas	96150.02
Tamizaje en Trastornos Depresivos	96150.03
Tamizaje en Psicosis	96150.04
Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años.	96150.06
Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más.	96150.07
Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años.	96150.08
Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	99402.09
Víctima de violencia política (crimen o terrorismo, incluyendo tortura)	Z654

En caso sea un tamizaje POSITIVO, se adicionará en el registro los siguientes códigos según corresponda:



- En caso se realice la actividad a una víctima de violencia política, se incluirá el código Z654 según corresponda.
- Para identificar si la actividad se ha desarrollado con una gestante, se colocará “G” en el 2º lab de la primera actividad

Tamizaje	Código	Descripción
Tamizaje en violencia	R456	Problemas relacionados con violencia
Tamizaje en Alcohol y Drogas (AD)	Z720	Problemas relacionados con Tabaco
	Z721	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol
	Z722	Problemas Sociales Relacionados con el Uso de drogas
Tamizaje en Trastornos Depresivos	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
Tamizaje en Psicosis	Z133	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental

### 3.1. Tamizaje para detectar trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol y conducta suicida) en grupos de riesgo de personas mayores de 18 años.

#### a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones dirigido a personas mayores de 18 años atendidas en los servicios de medicina, salud sexual y reproductiva, TB, ITS/VIH – SIDA, CRED (madre durante el post parto) con tamizaje para detectar si padece trastornos mentales y del comportamiento (depresión, ansiedad, conducta suicida, trastornos mentales debido al consumo de alcohol y psicosis). Comprende la observación, entrevista, aplicación de instrumentos (Cuestionario de autoreporte de síntomas -SRQ y, en el caso de las gestantes y púerperas, se usa la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo – EPDS) y consejería de acuerdo a los hallazgos.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote el tipo de tamizaje según corresponda, por ejemplo

##### Tamizaje en Trastornos Depresivos.

- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambas.

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC. ETNIA	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	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
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
8	04453575	2	Lima	32	M	PC		N	N	1. Tamizaje en trastornos depresivos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.03
	5875				F	Pa b				2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09
					D			R	R	3	P	D	R				

##### Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote el tipo de tamizaje según corresponda
  - En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
  - En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas.

### Registro de tamizaje positivo en trastorno depresivo

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
8	04453575		2	Lima	32	A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Trastornos Depresivos	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.03						
	5875	D										F	Pab	TALLA	R	R	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					2133
																	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99402.09

### Registro de tamizaje positivo en episodio psicótico

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
8	04453575		2	Lima	32	A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Psicosis	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.04						
	5875	D										F	Pab	TALLA	R	R	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					2133
																	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99402.09

### Registro de tamizaje positivo en dependencia del alcohol

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
8	04453575		2	Lima	32	A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Alcohol y Drogas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.02						
	5875	D										F	Pab	TALLA	R	R	2. Problemas Sociales Relacionados con el Uso de Alcohol	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					2721
																	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99402.09

## 3.2. Tamizaje para detectar violencia familiar en personas mayores de 18 años.

### a. Definición operacional

Se realiza en base a la guía de preguntas para la detección de violencia contra la mujer ocasionada por la pareja o expareja, por personal de salud capacitado (médica(o), obstetra, enfermera(o), cirujano dentista o trabajadora social, técnicos de enfermería) durante el proceso de atención de salud en el servicio correspondiente. El tiempo de aplicación es de 10 a 15 minutos, y se efectúa una vez al año por persona, excepto en el caso de gestantes con quienes se aplica trimestralmente durante el embarazo y a los dos y seis meses después del parto.

### b. Registro de acciones desarrolladas

#### Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambas.

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	ETNIA	CENTRO POBLADO																							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
8	04453575		2	Lima	32	A	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.01						
	5875	D										F	Pab	TALLA	R	R	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99402.09
																	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99402.09

**Tamizaje positivo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con violencia
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	04453575		2	Lima	32	A	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.01	
						TALLA								2. Problemas relacionados con violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				R456
	5875					D	F	Pab	Hb			R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09



- Para identificar si la actividad se ha desarrollado con una gestante se colocará “G” en el 1ºlab de la primera actividad.
- Todo caso positivo debe aplicarse la “Ficha de Valoración de riesgos en víctimas de violencia” y de obtener un resultado “moderado o severo” se hará las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer de la jurisdicción y el servicio de salud mental.

**3.3. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo - demencia en personas de 60 años y más**

**a. Definición operacional**

Comprende la observación, entrevista, aplicación del Mini Mental State Examination a personas mayores de 60 años atendidas en el servicio de medicina para detectar deterioro cognitivo. Concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores de su salud y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio especializado de psiquiatría del establecimiento, o a los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutoria según corresponda.

**b. Registro de acciones desarrolladas**

**Tamizaje negativo:** (Cuando el resultado es normal)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambas.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67854347		2	Ayacucho	71	A	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.07	
						TALLA								2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09
	8794					D	F	Pab	Hb			R	R	3	P	D	R				

**Tamizaje positivo:** (Se considera como positivo cuando el resultado es deterioro moderado o severo)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia
- En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas.

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67854347		2	Ayacucho	71	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje para detectar deterioro cognitivo – demencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.07		
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z133				
	Hb	R						R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09				

### 3.4. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo en niñas y niños de 0 a 3 años

#### a. Definición operacional

Comprende la observación, entrevista a la madre, padre o cuidador, en dos etapas, utilizando el M-CHAT y el M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al centro de salud mental comunitaria de su territorio o al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria según corresponda.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña o niño

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambas.

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	04453575		2	Lima	2	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.06		
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09				
	Hb	R						R	3	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R								

##### Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña o niño

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo
- En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas.

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	04453575		2	Lima	2	M	PC	PESO	N	N	1. Tamizaje especializado para detectar problemas del neurodesarrollo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.06		
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2. Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z133				
	Hb	R						R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09				

### 3.5. Tamizaje detectar maltrato infantil en niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años

#### a. Definición operacional

Comprende la observación de indicadores físicos y/o conductuales relacionados al maltrato infantil en niñas, niños o adolescentes, sus madres, padres o cuidadores, una entrevista breve usando las preguntas de tamizaje y consejería de acuerdo a los hallazgos: si el resultado es negativo se refuerza los factores protectores y la parentalidad saludable y, si es positivo, se apoya la búsqueda de ayuda necesaria realizando la derivación al servicio de psicología del establecimiento de salud y el seguimiento para verificar que está recibiendo el tratamiento y cuidados de salud mental.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambas.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	08979455		2	Lima	5	A	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.01		
						<input checked="" type="checkbox"/>	F	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09		
	9865					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R						

##### Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario  
 En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote Tamizaje en Violencia
- En el 2º casillero anote Problemas relacionaos con violencia
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	08979455		2	Lima	5	A	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje en Violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.01		
						<input checked="" type="checkbox"/>	F	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Problemas relacionados con violencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				R456		
	9865					D	Pab	Hb		R	R	3. Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09		



Todo caso positivo debe aplicarse la “**Ficha de Valoración de riesgos en niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia**” y de obtener un resultado “**moderado o severo**” se hará las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer de la jurisdicción y el servicio de salud mental.



### 3.6. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes de 3 de 17 años

#### a. Definición operacional

Actividad que tiene por objetivo detectar oportunamente los trastornos mentales y del comportamiento que se pueden presentar en niñas, niños y adolescentes de 03 a 17 años. Comprende la observación, la entrevista y la aplicación de una Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC- Pediatric Symptom Checklist) según el siguiente detalle:

- En el caso de niñas y niños menores de 12 años será aplicado al padre, madre o cuidador.
- En el caso de adolescentes de 12 a 17 años, es autoaplicativo; sin embargo también se puede aplicar al padre, madre o cuidador.
- Se aplica en un tiempo de 15 minutos y se realiza una vez al año.
- En caso de tener un resultado negativo se procederá a fortalecer los factores protectores de la niña, niño y adolescente.
- En caso de obtener un resultado positivo se realizará la derivación al servicio de salud mental (psicología) o en caso de no contar con el servicio será derivado a un establecimiento de salud de mayor complejidad para su atención correspondiente.

Este tamizaje es realizado por el personal de salud capacitado en los establecimientos de salud en los servicios de CRED, la estrategia de etapa vida adolescente, medicina general o pediatría.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Tamizaje negativo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes
  - En el 2º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D" en ambas.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(**)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
8	04453575	2	Lima	15	M	PC	PESO		N	N	1. Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de niñas, niños y adolescentes	P	D	R				96150.08			
							TALLA														99402.09
							Hb				R	R	3								
	5875				D	F	Pab					P	D	R							

##### Tamizaje positivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes
- En el 2º casillero anote Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental
- En el 3º casillero anote Consejería de Prevención de riesgos en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en todas  
 En el ítem Lab de la 1era actividad anote:

- En el 1º casillero se registrará, el número que corresponde al problema identificado con mayor puntuación según detalle:

VALOR LAB	DESCRIPCIÓN
1	Problemas emocionales
2	Problemas de atención
3	Problemas de conducta.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
8	04453575		2	Lima	15	A	M	PC	PESO		N	N	1.	Tamizaje para detectar trastornos mentales y del comportamiento de las niñas, niños y adolescentes	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			96150.08
	5875					M	F	Pa b	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Pesquisa de problemas relacionados a la salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z133
						D			Hb		R	R	3	Consejería de Prevención de riesgos en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.09



En el 1º casillero Lab de la primera actividad (tamizaje) se registrará el número que corresponde al problema que obtenga mayor puntuación.

#### IV. ATENCIÓN EN ACOGIDA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Es la primera entrevista con el usuario que solicita atención en un centro de salud mental comunitario y esta orientado a identificar los motivos de consulta y los principales problemas y riesgos. Esta actividad permite canalizar las intervenciones que recibirá el usuario para su atención y es realizada por el profesional de enfermería.

##### Acogida del usuario

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Atención de enfermería en I nivel de atención

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
8	67554986		2	Lima	36	M	M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Atención de enfermería en I nivel de atención	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99205
	8765					M		Pa b	TALLA		C	C	2.		P	D	R				
						D			Hb		R	R	3		P	D	R				

#### V. POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD

Realizado en establecimientos de salud desde el nivel I-2 por profesionales de salud con competencias (psiquiatra, médico de familia o general, psicólogo, enfermera, trabajadora social, terapeuta de lenguaje, obstetra, terapeuta ocupacional) e incluye: consulta médica general y especializada por psiquiatra, atención de emergencia, psicoeducación, evaluación integral y formulación participativa e interdisciplinaria de planes individualizados de cuidado, intervención individual en salud mental, intervención familiar, sesión de movilización de redes de apoyo, psicoterapia y visita domiciliaria según corresponda al nivel de establecimiento. Los códigos a utilizar son:

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Consultas de salud mental	99207	Atención en salud mental
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación al paciente
Intervenciones breves / Intervención individual de salud mental	99207.01	Intervención individual de salud mental
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afrontamiento cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos	99207.06	Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos
Intervención grupal en salud mental	99207.02	Intervención grupal

#### 4.1. Tratamiento en violencia familiar en el primer nivel de atención no especializado

##### a. Definición operacional

Comprende un paquete de intervenciones que se brinda en el periodo de 12 meses y es realizado en los establecimientos de salud del nivel I-2 (con servicio de psicología), I-3 y I-4 (no incluyen CSMC). Está dirigida a personas con diagnósticos de violencia familiar en cualquiera de sus modalidades (física, psicológica, sexual, negligencia o mixta): T740, T741, T742, T743, T748, T749, Y04, Y06, Y070, Y078. Se brindará los siguientes servicios:

- **Consulta de salud mental:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de la salud capacitado (medicina, psicología, enfermería, trabajo social) a fin de realizar el diagnóstico, la valoración del riesgo vital y de la condición de vulnerabilidad, formulación del plan terapéutico y seguimiento en el primer nivel de atención no especializado. Incluye al menos 03 sesiones de 45 minutos.
- **Intervención breve:** Está dirigida a personas con valoración de riesgo leve y se realiza en establecimientos de salud con psicólogo/a u otro profesional de la salud (trabajo social, enfermera) capacitado/a. Se realizan en 8 sesiones de 30 minutos. Incluye: apoyo, comprensión y un espacio para desahogo emocional, psicoeducación (formulación del plan de seguridad, ciclo y escalada de la violencia, dificultades para salir de la situación de violencia, mitos, redes de apoyo, cuidado de su salud física y conexión con otros servicios de salud, según se requiera), ayuda a reestablecer el control sobre su propia vida tomando sus propias decisiones.
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos con el acompañamiento familiar en el proceso de recuperación de la usuaria/usuario. Es realizada por un profesional de psicología, trabajo social o enfermería capacitado. Incluye al menos una intervención familiar de 45 minutos.

- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes de grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, la afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica y la movilización de apoyo. Incluye mínimo 1 visita domiciliaria de 30 minutos, no incluye tiempo de desplazamiento. Esta actividad es realizada en el primer nivel de atención.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Implica identificar y conectar (mediante referencia, llamada telefónica y/ o acompañamiento) a la usuaria con otras instituciones y/o organizaciones como Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Juzgados de la familia, Demunas, u otras que se estime pertinentes a sus necesidades a fin de establecer su red de apoyo comunitario particular. Incluye el monitoreo y seguimiento respectivos. Incluye al menos 2 sesiones.



Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas de salud mental, 08 intervención breve, 01 intervención familiar, 01 visita domiciliaria y 01 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnóstico "R".

### b. Registro de acciones desarrolladas

#### Consulta de Salud Mental:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta de salud mental
- En el 3º casillero anote Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3) según corresponda
- En el 1º casillero lab de la 3era actividad se registra el nivel de riesgo:

Cod lab	Descripción del resultado
1	Leve
2	Moderado
3	Severo

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA ETNIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	N	X	1. Abuso físico	P	X	R				T741
	8765				M	Pab	TALLA		X	2. Consultas de salud mental	P	X	R	1			99207
					D		Hb		R	3. Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos	P	X	R	2	DVR		99207.06
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
					A	PC	PESO	N	N	1. Episodio depresivo severo	P	X	R		DVC		F323
					M		TALLA		C	2.	P	D	R				
					D	Pab	Hb		R	3.	P	D	R				



En los casos de violencia debe aplicarse la “**Ficha de Valoración de riesgos de víctimas de violencia**” y de obtener un resultado “**moderado o severo**” se hace las coordinaciones para su atención en el Centro de Emergencia Mujer, Comisaría o fiscalía de la jurisdicción y se registrará en el 2° lab “**DVR**” (derivado).



Si el daño en la salud mental (trastorno) es moderado o severo, se refiere a un Centro de Salud Mental Comunitaria de su jurisdicción y se registra el diagnóstico correspondiente y en su 2° lab “**DVC**” (referido).

**Intervenciones breves:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervenciones breves

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ...ó 8)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso físico	P	D	X				T741	
	8765					M	Pab	TALLA		X	C	2. Intervenciones breves	P	D	R	2			99207.01	
						D		Hb		R	R	3	P	D	R					

**Intervención familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso físico	P	D	X				T741	
	8765					M	Pab	TALLA		X	C	2. Intervención familiar	P	D	R	1			C2111.01	
						D		Hb		R	R	3	P	D	R					

### Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso físico	P	D	X				T741
						M		TALLA		X	C	2. Visita domiciliaria	P	X	R	1			C0011
	8765					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R				

### Sesión de movilización de redes de apoyo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso físico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso físico	P	D	X				T741
						M		TALLA		X	C	2. Sesión de movilización de redes de apoyo	P	X	R	1			C1043
	8765					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R				

## 4.2. Tratamiento especializado en violencia familiar

### a. Definición operacional

Comprende un paquete de intervenciones especializadas que se brinda, continuamente durante el periodo de 12 meses, en centros de salud mental comunitarios (CSMC) y establecimientos de salud a partir del segundo nivel de atención. El paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por un profesional de psiquiatría a fin de realizar evaluación, diagnóstico y el desarrollo del plan terapéutico especializado. Incluye 03 sesiones de 45 minutos.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico), que incorpora además de los diagnósticos descriptivos profesionales, la perspectiva, necesidades, expectativas y demandas de la persona usuaria. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones que ejecutará el equipo interdisciplinario con la persona usuaria, su familia y su comunidad teniendo como objetivo su recuperación. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos.

- **Psicoeducación:** implica 3 sesiones de 45 min a fin de orientar y explicar los riesgos e impacto de la violencia, impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores.
- **Intervención individual en salud mental:** Es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias (enfermeras, trabajadoras sociales) que tiene por objeto abordar los problemas identificados de salud mental asociados a la presencia de violencia familiar. Incluye 3 intervenciones de 30 minutos.
- **Psicoterapia individual:** Es una intervención terapéutica realizada por un psicólogo, psiquiatra o profesional de la salud capacitado. Está dirigida a abordar los casos con valoración riesgo moderado-severo, comorbilidad o elevada presencia de factores de riesgo. Esta intervención se realiza en los establecimientos de salud, en centros de salud mental comunitarios y servicios especializados de hospitales. Se realizan sesiones semanales (mínimo 08) de 60 minutos/sesión.
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de acompañamiento familiar en el proceso de recuperación de la usuaria/usuario. Incluye tres sesiones de 45 minutos, realizada por profesional de salud capacitado (medico, psicólogo, enfermera, trabajador social)
- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes de grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica a fin y acompañar el proceso de recuperación. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año, no incluye tiempo de desplazamiento.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Implica identificar, coordinar y conectar (mediante referencia, llamada telefónica y/ o acompañamiento) a la usuaria con otras instituciones y/o organizaciones como Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Juzgados de la familia, Demunas, centros de desarrollo de capacidades u otras que se estime pertinentes a las necesidades de la usuaria, a fin de establecer su red de apoyo comunitario particular. Incluye el seguimiento respectivo. Se realizará por lo menos 2 sesiones.

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	36	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				T748
				<input checked="" type="checkbox"/>		M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Consulta medica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1					99215
	8765			<input checked="" type="checkbox"/>		D	Pab		Hb		R	R	3	P	D	R					



La aplicación de la **ficha de valoración de riesgo** debe realizarse en la primera prestación de salud mental.

**Evaluación Integral interdisciplinaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	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			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T748			
	8765				M	Pab	TALLA	X	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	X	R	2	2		99366			
					D		Hb	R	R	3	P	D	R							



Cada profesional registrará individualmente su participación en la formulación del plan individualizado.

**Psicoeducación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	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			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T748			
	8765				M	Pab	TALLA	X	C	2. Psicoeducación	P	X	R	3			99207.04			
					D		Hb	R	R	3	P	D	R							



**Intervención individual en salud mental:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervenciones breves

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T748		
							TALLA				X	C	2. Intervención individual en salud mental	P	X	R	3			99207.01
							Hb					R	R	3						
	8765				D	Pab														

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T742		
							TALLA				X	C	2. Psicoterapia individual	P	X	R	3			90806
							Hb					R	R	3						
	8765				D	Pab														

**Intervención familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T748		
							TALLA				X	C	2. Intervención familiar	P	X	R	1			C2111.01
							Hb					R	R	3						
	8765				D	Pab														

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO	N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T748
						M	Pab	TALLA	X	C	2. Intervención familiar	P	X	R	1			C2111.01
	8765					D		Hb	R	R	3	P	D	R				

**Sesión de movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Otros síndromes de maltrato
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO	N	X	1. Otros síndromes de maltrato	P	D	X				T748
						M	Pab	TALLA	X	C	2. Visita domiciliaria	P	X	R	1			C0011
	8765					D		Hb	R	R	3	P	D	R				



Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas médicas, 03 sesiones de Psicoeducación, 03 intervenciones individuales, 08 sesiones de Psicoterapia Individual, 03 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 02 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1ºlab del Diagnóstico “R”.

**4.3. Tratamiento especializado de personas afectadas por violencia sexual**

**a. Definición operacional**

El paquete de intervenciones especializadas se brinda continuamente en el periodo de 12 meses a personas con estrés postraumático como secuela de la violencia sexual (T74.2, T74.8 o Y05) y es realizado en los CSMC y servicios especializados de establecimientos de salud del segundo y tercer nivel. El paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica:** Es una actividad realizada por psiquiatra, a fin de realizar el diagnóstico, plan terapéutico y seguimiento especializado. Incluye tres sesiones de 45 minutos.

- **Atención de emergencia:** Es una actividad realizada por médico especialista en el servicio de emergencia de hospital general ante la presencia de violación sexual reciente. Implica escucha activa, comunicación eficaz, valoración del riesgo de la emergencia hospitalaria. Implica no menos de 60 minutos.
- **Psicoeducación:** implica mínimo 3 sesiones de 45 min a fin de orientar y explicar los riesgos de la violencia, impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores.
- **Psicoterapia especializada:** Se realizan mínimo 12 sesiones semanales de 60 minutos mínimo
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en el proceso de acompañamiento familiar en el proceso de recuperación de la usuaria/usuario. Incluye cuatro intervenciones familiares de 30 minutos.
- **Visita Domiciliaria:** Es una actividad dirigida a la usuaria/o e integrantes del grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de violencia familiar, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica a fin de que salga del ciclo de violencia. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año. Esta actividad es realizada en el primer nivel de atención.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Basada en las necesidades de cada usuario/a afectada por violencia sexual, implica la coordinación y trabajo conjunto con instituciones y organizaciones de otros sectores o comunitarias (Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Ministerio Público, red de apoyo local o comunitario) para su acompañamiento, soporte o protección. Mínimo 3 sesiones. No incluye tiempo de desplazamiento.

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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										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: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	N	X	1. Abuso sexual	P	X	R				T742				
			M		Pab	TALLA	X	C	2. Consultas de salud mental	P	X	R	1			99215					
	8765		D			Hb	R	R	3	P	D	R									

### Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	TALLA	N	C	1. Abuso sexual	P	D	R				T742			
											2. Psicoeducación	P	D	R	3				99207.04		
												P	D	R							
	8765																				

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90806 ó 90834 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 12)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	TALLA	N	C	1. Abuso sexual	P	D	R				T742			
											2. Psicoterapia individual	P	D	R	5				90806		
												P	D	R							
	8765																				

**Intervención familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	36	M	PC	PESO	TALLA	N	C	1. Abuso sexual	P	D	R				T742			
											2. Intervención familiar	P	D	R	4				C2111.01		
												P	D	R							
	8765																				

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /
8	67554986	2	Lima	36	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Abuso sexual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			T742	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Visita domiciliaria	P	D	R	1			C0011
	8765				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R				

**Sesión de movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso sexual
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /
8	67554986	2	Lima	36	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Abuso sexual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			T742	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		C	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión de movilización de redes de apoyo	P	D	R	2			C1043
	8765				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R				



Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas médicas, 03 sesiones de Psicoeducación, 12 sesiones de Psicoterapia Individual, 04 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 03 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnostico "R".

**4.4. Tratamiento de niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato infantil****a. Definición operacional**

Es la atención que se brinda a las niñas, niños y adolescentes con tamizaje positivo o que acuden al establecimiento de salud del nivel I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2 incluyen los Centros de Salud Mental Comunitario y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) con diagnóstico en T740 o T741 o T743 o T748 o T749 o Y061 o Y071 o Y072 o Y073 o Y078 o Y079 o Z616 o Z624 o Z625 o Z626. Lo brinda profesional de salud con competencias: psiquiatría, medicina general, psicología, trabajo social, enfermería y derecho. Una vez identificado el problema de maltrato infantil, se entrega un paquete de atención, según nivel de atención:

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental, MAMIS
<p><b>Consulta de salud mental:</b> Se realiza en el EESS por un profesional médico capacitado, psicólogo, o enfermera capacitada. Comprende 2 sesiones y tiene una duración de 45 a 60 minutos. Comprende la evaluación de riesgos otros problemas asociados, de la necesidad de medidas de protección y/o atención clínica y el establecimiento de un plan de acciones que faciliten en reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda del equipo por parte de la familia.</p>	<p><b>Consulta especializada de salud mental (Consulta medica):</b> Actividad realizada por un psiquiatra, médico de familia o médico general capacitado para realizar la evaluación del riesgo, factores de vulnerabilidad infantil, la necesidad de medidas de protección, formular el diagnóstico integral y el plan terapéutico especializado. Tiene una duración de 3 sesiones de 45 minutos.</p>
	<p><b>Evaluación Integral interdisciplinaria:</b> Es la evaluación realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psicólogo, psiquiatra, enfermera, trabajadora social, abogado, entre otros) según nivel, que incorpora además de los diagnósticos descriptivos profesionales, la perspectiva, necesidades y demandas de la niña niño o adolescente. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones que ejecutará el equipo interdisciplinario. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones en el establecimiento. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos.</p>
<p><b>Psicoeducación:</b> Está dirigida a la niña, niño o adolescente y a los padres o cuidadores responsables. Implica al menos 3 sesiones de 45 minutos, realizada por profesional de la salud capacitado (psicólogo o enfermera o trabajadora social) a fin de orientar sobre intervenciones a realizarse, explicar e identificar situaciones de riesgo con respecto al problema de la violencia, educar a los padres o cuidadores en el desarrollo de sus hijos y ayudarlos a mejorar su aptitud para la parentalidad saludable.</p>	<p><b>Psicoeducación:</b> Intervención educativa, comprende 4 a 6 sesiones de 30 a 45 minutos, realizada por profesional de la salud (psiquiatra, psicólogo, enfermera, médico de familia, abogado u otro profesional con competencias) a fin de reflexionar sobre los riesgos e impacto de la violencia en la salud integral de la niña, niño adolescente y su familia, discutir el plan terapéutico, favorecer la reorganización de las pautas relacionales y la adopción de estrategias de parentalidad y estilos de vida saludable</p>
<p><b>Intervención individual de salud mental:</b> Comprende 2 intervenciones con una duración de 30 a 45 minutos; es realizado por un profesional psicólogo preferentemente u otro profesional que cuente con competencias (médico, enfermera).</p>	<p><b>Intervención individual en salud mental:</b> Procedimiento terapéutico, que, comprende 3 intervenciones de 30 a 45 minutos, realizada por un profesional con competencias (médico psiquiatra, psicólogo u otro profesional), con la finalidad de abordar los problemas identificados en la niña, niño, adolescentes y sus cuidadores.</p>
	<p><b>Psicoterapia individual:</b> Basada en enfoques cognitivo-conductual, de vínculo, de sistemas familiares, es realizada por psicoterapeutas profesionales con competencias en el desarrollo de esta prestación, y está dirigida a padres o cuidadores que ejercen maltrato hacia sus hijos, a niñas/niños en edad escolar y adolescente. Comprende 8 a 12 sesiones de 45 a 60 minutos por sesión.</p>
<p><b>Intervención familiar en salud mental:</b> Procedimiento terapéutico dirigido al grupo familiar, comprende 3 intervenciones familiares con una duración de 45 a 60 minutos, realizada por un profesional psicólogo preferentemente u otro profesional que cuente con competencias (médico, enfermera, trabajadora social).</p>	<p><b>Intervención familiar:</b> Procedimiento terapéutico realizado en 4 intervenciones de 45 a 60 minutos, realizada por un profesional con competencias (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajadora social, médico de familia u otro profesional).</p>

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743	
						M		TALLA		X	C	2. Consulta médica	P	X	R	1			99215	
	8956					D		Hb		R	R	3	P	D	R					

### Evaluación Integral Interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743	
						M		TALLA		X	C	2. Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	X	R	2	2		99366	
	8956					D		Hb		R	R	3	P	D	R					



Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

**Psicoeducación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743	
						M		TALLA		X	C	2. Psicoeducación	P	X	R	3			99207.04	
	8956					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R					

**Intervención Individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304		2	Lima	8	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743	
						M		TALLA		X	C	2. Intervención individual	P	X	R	3			99207.01	
	8956					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R					

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986		2	Lima	36	M	PC	PESO		N	X	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743	
						M		TALLA		X	C	2. Psicoterapia individual	P	X	R	8			90834	
	8765					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R					



**Intervención familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar según corresponda (C2111.01 ó 96100.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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											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: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	8	M	PC	PESO		N	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743			
	8956				8	M	Pab	TALLA		X	C	2. Intervención familiar	P	X	R	3		C2111.01			
						D		Hb		R	R	3	P	D	R						

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de visita

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											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: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743			
	8956				10	M	Pab	TALLA		X	C	2. Visita domiciliaria	P	X	R	2		C0011			
						D		Hb		R	R	3	P	D	R						

**Sesión de movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Abuso psicológico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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											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: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	1. Abuso psicológico	P	D	X				T743			
	8956				10	M	Pab	TALLA		X	C	2. Movilización de redes de apoyo	P	X	R	3		C1043			
						D		Hb		R	R	3	P	D	R						

*Se considera actividad cumplida cuando se cumpla como mínimo el paquete estandar para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará TA que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1° lab del Diagnostico "R".*

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental, MAMIS
02 consulta de salud mental	03 consulta especializada de salud mental
	Evaluación Integral interdisciplinaria (Plan individualizado formulado)
03 psicoeducación	04 psicoeducación
02 intervención individual de salud mental	03 intervención individual en salud mental
	08 psicoterapia individual (mínimo)
03 intervención familiar en salud mental	04 intervención familiar
02 visita domiciliaria	02 visitas domiciliarias
	02 movilización de redes de apoyo

#### 4.5. Tratamiento especializado a niñas, niños y adolescentes afectados por violencia sexual

##### a. Definición operacional

Es la atención que se brinda a las niñas, niños y adolescentes con tamizaje positivo o que acuden al establecimiento de salud del nivel I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2 incluyen los Centros de Salud Mental Comunitario y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) con diagnóstico T74.2, T74.8 o Y050. Lo brinda personal de salud con competencias: Psiquiatra, médico general. Psicólogos, enfermeras y trabajadora social. Una vez identificado el problema de maltrato infantil, se entrega un paquete de atención, según nivel de atención:

- **Atención de emergencia.** Es una actividad realizada por médico especialista en el servicio de emergencia de hospital general ante la presencia de violación sexual reciente. Implica, escucha activa, comunicación eficaz, valoración del riesgo de la emergencia hospitalaria, aplicación del kit de emergencia. No menos de 60 minutos.
- **Consulta médica:** Es una actividad realizada en el establecimiento de salud por médico general capacitado para valorar el estado emocional o valoración completa de su estado mental y solicita interconsulta con el profesional especializado de salud mental (médico psiquiatra, psicólogo) fin de realizar el diagnóstico y plan terapéutico especializado. Incluye tres sesiones de 45 minutos.
- **Psicoterapia Individual:** Es una intervención terapéutica de cualquier orientación (cognitiva, interpersonal, dinámica, entre otras) realizada por un psicólogo o profesional de la salud capacitado. Esta intervención se realiza en los centros de salud mental comunitaria y servicios especializados de hospitales. Se realizan como mínimo 12 sesiones de continuidad semanal de 60 minutos.
- **Intervención familiar:** Está dirigida a los integrantes del grupo familiar con el objetivo de desarrollar las capacidades de los padres o cuidadores que promueva las relaciones positivas en la familia a través del manejo de emociones y resolución de conflictos. Incluye 04 intervenciones familiares de 30 minutos.
- **Visita Domiciliaria:** Dirigida al usuario e integrantes del grupo familiar, a fin de valorar el riesgo de persistencia de la violencia sexual, afectación de otros integrantes del grupo familiar, fortalecer la adherencia terapéutica. Incluye mínimo 2 visitas domiciliarias de 30 minutos/año, no incluye tiempo de desplazamiento.
- **Psicoeducación:** Intervención educativa, comprende implica 6 sesiones de 30 a 45 minutos, realizado por un profesional de la salud a (médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera u otro profesional con competencias) a fin de orientar y explicar los riesgos de la violencia e impacto en la salud integral y fortalecer los factores protectores.
- **Sesión de Movilización de redes de apoyo:** Implica la coordinación y trabajo conjunto con instituciones y

organizaciones de otros sectores o comunitarias (Centro Emergencia Mujer, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Ministerio Público, red de apoyo local o comunitario) para su acompañamiento, soporte o protección. Mínimo 02 reuniones de 30 minutos. No incluye tiempo de desplazamiento.

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	67554986		2	Lima	8	M	PC	PESO		N	1	Abuso sexual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				T742
	8765				8	M	Pab	TALLA		C	2.	Consultas de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99215
						D		Hb		R	3		P	D	R				

### Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	67554986		2	Lima	8	M	PC	PESO		N	1	Abuso sexual	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				T742
	8765				8	M	Pab	TALLA		C	2.	Psicoeducación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99207.04
						D		Hb		R	3		P	D	R				

### Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 12)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º														
	ETNIA	CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
8	67554986	2	Lima	8	M	PC	PESO	N	X	1	Abuso sexual	P	D	X				T742													
																		8765	M	Pab	TALLA	C	2.	Psicoterapia individual	P	X	R	12			90834
																															D

**Intervención familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º														
	ETNIA	CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
8	67554986	2	Lima	6	M	PC	PESO	N	X	1	Abuso sexual	P	D	X				T742													
																		8765	M	Pab	TALLA	C	2.	Intervención familiar	P	X	R	4			C2111.01
																															D

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º														
	ETNIA	CENTRO POBLADO																													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
8	67554986	2	Lima	8	M	PC	PESO	N	X	1	Abuso sexual	P	D	X				T742													
																		8765	M	Pab	TALLA	C	2.	Visita domiciliaria	P	X	R	1			C0011
																															D

**Sesión de movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Abuso sexual correspondiente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____											FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
8	67554986	2	Lima	8	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC	PESO	N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Abuso sexual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R			T742	
			<input checked="" type="checkbox"/> M		Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Sesión de movilización de redes de apoyo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			C1043
	8765		<input checked="" type="checkbox"/> D			Hb			R	R	3		P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R			



Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 03 consultas médicas, 06 sesiones de Psicoeducación, 12 sesiones de Psicoterapia Individual, 04 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 03 sesiones de movilización social. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1ºlab del Diagnostico "R".

## 4.6. Tratamiento ambulatorio de niños y niñas de 0 a 17 años con trastornos del espectro autista

### a. Definición operacional

Es un conjunto de intervenciones que se brinda a niñas, niños y adolescentes con trastornos del espectro autista (F84.0, F84.1, F84.5 F84.8 F84.9). Es desarrollada por un profesional de salud a partir de los establecimientos de salud del nivel I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E (incluye centros de salud mental comunitario)

El paquete de atención de la presente actividad, incluye:

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental
<b>Consulta de salud mental:</b> Se realiza por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico y tratamiento inicial además de seguimiento de niñas, niños y adolescentes que presentan trastornos del espectro autista. Es realizada en 02 sesiones: la primera con una duración de 45 minutos como mínimo y la segunda sesión de 30 minutos como mínimo.	<b>Consulta especializada de salud mental:</b> Actividad realizada en los EESS por un médico psiquiatra o por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas, niños y adolescentes que presentan trastornos del espectro autista; incluye la formulación diagnóstica y es realizada mínimamente en 03 sesiones, la primera de 45 minutos de duración y las restantes de 30 minutos.
<b>Intervención individual de salud mental:</b> Comprende 4 sesiones como mínimo, de 30 a 45 minutos, realizado por un profesional psicólogo (a) preferentemente u otro profesional que cuente con competencias.	<b>Intervención individual:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud terapeuta ocupacional y/o de lenguaje tiene una duración de 60 minutos y es realizada en 08 sesiones como mínimo.
	<b>Psicoterapia individual:</b> Intervención terapéutica al niño y/o familia realizada por un psiquiatra o psicólogo capacitado, comprende 8 sesiones como mínimo de 60 minutos por sesión.
<b>Intervención grupal en salud mental:</b> Procedimiento terapéutico grupal al niño y/o familia de una duración de 45 a 60 minutos, realizada en 2 sesiones como mínimo por un profesional con competencias.	<b>Intervención grupal:</b> Procedimiento terapéutico dirigido al niño y/o familia de 60 a 90 minutos de duración, realizado por profesionales de la salud capacitado y con competencias (médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera) u otro profesional). Comprende 4 sesiones como mínimo.
<b>Visita domiciliaria:</b> Actividad dirigida a los integrantes de la familia, con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y así favorecer la adherencia del tratamiento, dura 90 minutos y se realiza al menos 1 vez en todo el proceso terapéutico.	<b>Visitas domiciliarias:</b> Dirigida a la familia para la mejora de la dinámica familiar y que esta a su vez contribuya con la recuperación de la niña, niño o adolescente. Comprende 02 visitas como mínimo realizadas por un profesional de la salud.
	<b>Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario:</b> Intervenciones que buscan la integración socio comunitaria en la escuela y comunidad. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 02 coordinaciones como mínimo.

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta de salud mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	6	M	PC	PESO		N	X	1. Autismo atípico	P	X	R				F841		
							TALLA		X	C	2. Consultas de salud mental	P	X	R	1			99207		
							Hb		R	R	3	P	D	R						

### Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	6	M	PC	PESO		N	X	1. Autismo atípico	P	D	X				F841		
							TALLA		X	C	2. Intervención individual	P	X	R	2			99207.01		
							Hb		R	R	3	P	D	R						

### Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	6	M	PC	PESO		N	X	1. Autismo atípico	P	D	X				F841		
							TALLA		X	C	2. Psicoterapia individual	P	X	R	8			90834		
							Hb		R	R	3	P	D	R						

**Intervención grupal:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención grupal en salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304	2	Lima	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Autismo atípico	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			F841			
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Intervención grupal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			99207.02		
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R						

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304	2	Lima	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Autismo atípico	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			F841			
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Visita domiciliaria	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C0011		
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R						

**Movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Autismo atípico	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>			F841			
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Movilización de redes de apoyo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C1043		
				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R						



Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnóstico "R".

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III con servicios especializados en salud mental
02 Consulta de salud mental	03 Consulta especializada de salud mental
04 Intervención individual de salud mental:	08 Intervención individual
	08 Psicoterapia individual
02 Intervención grupal en salud mental	04 Intervención grupal
01 Visita domiciliaria	02 Visitas domiciliarias
	02 Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario

#### 4.7. Tratamiento ambulatorio de niñas, niños y adolescentes de 0 de 17 por trastornos mentales y del comportamiento.

##### a. Definición operacional

Es un conjunto de intervenciones que se brinda a niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento propio de la infancia: trastornos hipercinéticos, de la conducta, de emociones y de las funciones sociales, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos de la ingestión de alimento (F50-F59, F80-F83 ó F90-F98). Es desarrollada por un profesional de salud a partir del nivel I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E (incluye centros de salud mental comunitario). El paquete de atención de la presente actividad, incluye:

Establecimientos de salud del primer nivel de atención con servicios no especializados en salud mental I-3 y I-4	Centros de salud mental comunitaria (CSMC) y establecimientos del II y III nivel de atención.
<b>Consulta de salud mental:</b> Se realiza en el EESS por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas y niños que presentan trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales. Es realizada en 02 sesiones: la primera con una duración de 45 minutos como mínimo y la segunda sesión de 30 minutos como mínimo.	<b>Consulta especializada de salud mental:</b> Actividad realizada en los EESS por un médico psiquiatra o por un profesional médico capacitado para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niñas y niños que presentan trastornos mentales y del comportamiento; incluye la formulación diagnóstica. Considera 03 sesiones como mínimo
	<b>Evaluación Integral interdisciplinaria:</b> Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos por un equipo interdisciplinario (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico),
<b>Intervención individual de salud mental:</b> Comprende 4 sesiones de 30 a 45 minutos, realizado por un profesional psicólogo preferentemente (a) u otro profesional que cuente con competencias. Brinda además psicoeducación para abordar los problemas de salud mental.	<b>Psicoterapia individual:</b> Intervención terapéutica al niño y/o familia realizada por un psicólogo capacitado, comprende 8 sesiones como mínimo de 60 minutos por sesión.
<b>Intervención grupal en salud mental:</b> Procedimiento terapéutico grupal al niño y/o familia de una duración de 45 a 60 minutos, realizada en 2 sesiones por un profesional con competencias, brinda psicoeducación para abordar los problemas de salud mental.	<b>Intervención grupal en SM:</b> Procedimiento terapéutico dirigido al niño y/o familia de 60 a 90 minutos de duración, realizado por profesionales de la salud capacitado y con competencias (médico psiquiatra, psicólogo, enfermera o trabajadora social). Comprende 4 sesiones como mínimo
<b>Visita domiciliaria:</b> Actividad dirigida a los integrantes de la familia del NNA de 0 a 17 años, con el objetivo de mejorar la dinámica familiar y así favorecer la adherencia del tratamiento, dura 90 minutos y se realiza al menos 1 vez en todo el proceso terapéutico.	<b>Visitas domiciliarias:</b> Dirigida a la familia para la mejora de la dinámica familiar y que esta a su vez contribuya con la recuperación del NNA de 0 a 17 años con trastorno mental y/o de la conducta. Comprende 01 visita como mínimo
	<b>Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario:</b> Intervenciones que buscan la integración socio comunitaria en la escuela y comunidad. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 01 coordinación como mínimo.



## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta de salud mental:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	6	M	PC	PESO	N	X	1	Trastorno no especificados , emocionales y del comportamiento ,que aparecen habitualmente en la infancia y niñez.	P	D	X				F989		
					M	Pab	TALLA	X	C	2	Consultas de salud mental	P	X	R	2			99207		
	8765				D		Hb	R	R	3		P	D	R						

### Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	6	M	PC	PESO	N	X	1	Trastorno no especificados , emocionales y del comportamiento ,que aparecen habitualmente en la infancia y niñez.	P	D	X				F989		
					M	Pab	TALLA	X	C	2	Intervención individual	P	X	R	2	2		99207.01		
	8765				D		Hb	R	R	3		P	D	R						



Cada profesional registrará individualmente su participación en la formulación del plan individualizado.

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	6	M	PC	PESO		N	1	Trastorno no especificados , emocionales y del comportamiento ,que aparecen habitualmente en la infancia y niñez.	P	D	X				F989		
	8765					M	Pab	TALLA		X	C	2. Psicoterapia individual	P	X	R	8			90834		
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Intervención grupal:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención grupal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	1	Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez	P	D	X				F989		
	8956					M	Pab	TALLA		X	C	2. Intervención grupal	P	X	R	4			99207.02		
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLÍNICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	1	Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez	P	D	X				F989		
	8956					M	Pab	TALLA		X	C	2. Visita domiciliaria	P	X	R	2			C0011		
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 autismo atípico. Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez
- En el 2º casillero anote intervención realizada con el usuario: sesión de movilización de redes de apoyo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /		FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
8	67554986	2	Lima	8	M	PC	PESO	N	1	Trastorno no especificados, emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia y niñez	P	D	X				F989
					M	Pab	TALLA	X	C	2. Movilización de redes de apoyo	P	X	R	2			C1043
	8765				D		Hb	R	R	3		P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo, para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnóstico "R".

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados
02 Consulta de salud mental	03 Consulta especializada de salud mental
04 Intervención individual de salud mental:	08 Psicoterapia individual
	04 Intervención grupal
02 Intervención grupal en salud mental	01 Visitas domiciliarias
01 Visita domiciliaria	01 Coordinación para movilización de redes de soporte comunitario

**VI. PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD TRATADAS OPORTUNAMENTE**

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Intervención en crisis	99285.01	Manejo inicial Consulta en emergencia problema de alta severidad y pone en riesgo inmediato la vida o deterioro severo funcional. (Prioridad I)
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación al paciente
Consejería de salud mental	96100.02	Consejería y Orientación psicológica
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Grupo de Ayuda Mutua	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Sesión de movilización de redes de apoyo	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
Aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgos	99207.06	Atención en salud mental a mujeres que son víctimas de violencia por su pareja o expareja (incluye aplicación de la ficha de valoración de riesgos)
Intervención grupal	99207.02	Intervención grupal en salud mental
Taller de actividad física	99402.17	Consejería de actividad física
Taller de relajación	90861	Terapia de relajación

## 5.1. Tratamiento ambulatorio de personas con depresión

### a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones ambulatorias que conforman paquetes terapéuticos que se brinda a personas con diagnóstico de depresión, según manual CIE 10 (F31, F32, F33, F34 y F38), en establecimientos de todos los niveles de atención. Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, asistente social) y orientado a su recuperación. Los paquetes de atención comprenden las siguientes intervenciones las cuales se definen de acuerdo a la necesidad de la persona usuaria:

- **Consulta médica:** Realizada en los establecimientos de salud (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E, y centros de salud mental comunitaria) por un médico psiquiatra, médico de familia o médico capacitado para elaborar el diagnóstico y establecer el plan de tratamiento. Esta actividad se realiza en 03 a 06 sesiones, con una duración de 30 minutos la primera consulta y las restantes con una duración de 20 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación realizada de manera conjunta y sincrónica por un equipo interdisciplinario del establecimiento de salud (psiquiatra, psicólogo, enfermera, médico de familia, entre otros), que incorpora la perspectiva, necesidades, expectativas y demandas de la persona usuaria. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos o más.
- **Psicoeducación (formato individual o grupal):** Intervención educativo comunicacional, realizada por profesional de la salud (psicología, enfermería, trabajo social) capacitado para el desarrollo de un programa de educación dirigido al fortalecimiento de los recursos y las habilidades propias de la persona para hacerle frente a su enfermedad, responsabilizarse de su tratamiento, adquirir un papel activo y fomentar su autocuidado. Esta actividad se realiza de 04 a 06 sesiones, con una duración de 45 minutos en el formato individual y de 90 minutos en el formato grupal cada una.
- **Intervención individual:** Proceso a través del cual profesional de la salud capacitado brinda apoyo al usuario para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Esta actividad se realiza de 04 como mínimo con una duración de 45 minutos.
- **Psicoterapia (terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal):** Estos abordajes terapéuticos incluyen técnicas de intervención de activación conductual, técnicas de afrontamiento, técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva. Esta actividad se realiza por profesionales de la salud con competencia en el desarrollo de esta actividad, en 08 sesiones como mínimo, con una duración de 45 minutos, según el grado de severidad del caso.
- **Grupo de ayuda mutua:** Se organiza a los usuarios en grupos de apoyo, para que en forma conjunta puedan encontrar la solución a un problema común a sus miembros. Esta actividad se realiza en 06 sesiones grupales, 1 por mes, con una duración de 60 minutos cada una.
- **Visita domiciliaria:** Se busca asegurar la adherencia al tratamiento, la disminución de las complicaciones a través de la continuidad del cuidado profesional en el hogar, desarrollar la adherencia al tratamiento, y la responsabilidad de la familia en la recuperación de la persona. Se brindan de 01 a 03 visitas, de 90 minutos cada una, dependiendo de la severidad.

### b. Registro de acciones desarrolladas

#### **Consulta médica:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986		2	Lima	6	M	PC	PESO		N	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	R				F331			
	8765					M	Pab	TALLA		C	2	Consultas médica	P	R	1			99215			
						D		Hb		R	3		P	D	R						

### Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote Reunión con equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	R			F331			
	8956					M	Pab	TALLA		C	2	Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	R	2	2		99366			
						D		Hb		R	3		P	D	R						



Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

### Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...) 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											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: / /		
8	67554986		2	Lima	6	M	PC	PESO		N	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente,	P	D	X				F331		
	8765					M	Pab	TALLA		X	C	2. Psicoeducación	P	X	R	8			99207.04		
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Intervención Individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión

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											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: / /		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	X				F331		
	8956					M	Pab	TALLA		X	C	2. Intervención individual	P	X	R	3			99207.01		
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

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											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: / /		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente,	P	D	X				F331		
	8765					M	Pab	TALLA		X	C	2. Psicoterapia individual	P	X	R	8			90834		
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Grupo de Ayuda Mutua:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Grupo de Ayuda Mutua

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																	
	CENTRO POBLADO																																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	X			F331																
	8765																																	C0012

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Trastorno depresivo recurrente.
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																		
	CENTRO POBLADO																																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO	N	X	1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	P	D	X			F331																	
	8956																																		C0011

*Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandarizado, para lo cual el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1ºlab del Diagnostico “R”.*

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III
3 Consultas medicas	06 Consulta especializada de salud mental
6 Psicoeducación	04 Psicoeducación
4 Intervención individual	08 Psicoterapia (mínimo)
	06 Grupo de ayuda mutua
	01 Visita domiciliaria

**5.2. Tratamiento ambulatorio de personas con conducta suicida**

**a. Definición operacional**

Conjunto de intervenciones ambulatorias, organizados en paquetes según severidad, que se brinda a personas con diagnóstico de conducta suicida, según manual CIE 10 (X60 – X84). Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, asistente social) y orientado a su recuperación. Se brinda en establecimiento de salud del nivel I-2, I-3, I-4 (incluye los Centros de Salud Mental Comunitarios) y los hospitales del nivel II y III.

Se proporcionan las siguientes intervenciones:

- **Intervención en crisis:** Esta intervención será brindada por profesional de la salud capacitado, se da en el primer contacto con la persona con conducta suicida, implica la contención emocional, la valoración del riesgo y la derivación según grado de severidad del daño al nivel que corresponda.
- **Consulta médica:** Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra, de familia o médico

general capacitado para evaluación, valorar el riesgo en conducta suicida, formular el diagnóstico, establecer el plan de tratamiento y seguimiento. Esta actividad se realiza en 4 a 6 sesiones, con una duración de 30 minutos cada una.

- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación de la persona con diagnóstico de conducta suicida realizada por un equipo interdisciplinario (psicólogo, médico de familia, médico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, técnico médico) elaborado de manera integral, que incorpora la identificación de la narrativa de la enfermedad y las necesidades particulares de la persona. Concluye con la elaboración de un plan individualizado de intervenciones para la persona usuaria, su familia y su comunidad. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones. La reunión de evaluación integral (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos o más.
- **Psicoeducación al usuario:** Intervención educativa comunicacional, realizada por profesional de la salud capacitado para el desarrollo de un programa de educación al usuario sobre las causas, síntomas, curso, y las diferentes intervenciones en conducta suicida, así como el fortalecimiento de los recursos y las habilidades propias de la persona para hacerle frente a su condición, responsabilizarse de su tratamiento, adquirir un papel activo y fomentar su autocuidado. Esta actividad se realiza de 4 a 8 sesiones grupales, con una duración de 45 minutos cada una.
- **Consejería de salud mental:** Proceso a través del cual el psicólogo brinda apoyo al usuario para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Esta actividad se realiza en 6 a 8 sesiones grupales, con una duración de 60 minutos cada una.
- **Psicoterapia:** Esta actividad se realiza en 10 a 12 sesiones individuales o grupales, con una duración de 45 minutos cada una en formato individual y 90 minutos en formato grupal.
- **Terapia familiar:** actividad se realiza en 6 a 8 sesiones, con una duración de 60 minutos cada una.
- **Grupo de ayuda mutua:** Se organiza a los usuarios en grupos de apoyo, para que en forma conjunta puedan encontrar la solución a un problema común a sus miembros. Esta Actividad se realiza en 10 sesiones grupales, con una duración de 90 minutos cada una.
- **Visita domiciliaria:** Se busca asegurar la adherencia al tratamiento y del cuidado profesional en el hogar además de la colaboración de la familia en la recuperación de la persona. Esta Actividad se realiza en 10 visitas con una duración de 45 minutos cada una.

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Intervención crisis:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención en crisis (99285.01)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

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 DESALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	X	R				X601
						M		TALLA		X	C	2	Intervención en crisis	P	X	R				99285.01
	8765					D		Hb		R	R	3		P	D	R				



**Consulta médica:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) 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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
GESTANTE/PUERPERA												FECHA DE ULTIMA REGLA:							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	X			X601	
					M		TALLA		X	C	2.	Consultas médica	P	X	R	3			99215
	8765				D	PaB	Hb		R	R	3		P	D	R				

**Evaluación Integral interdisciplinaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
GESTANTE/PUERPERA												FECHA DE ULTIMA REGLA:							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	73276304	2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	X			X601	
					M		TALLA		X	C	2.	Visita domiciliaria	P	X	R	1	1		99366
	8956				D	PaB	Hb		R	R	3		P	D	R				



Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

**Psicoeducación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 8) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	8765	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	X				X601		
						M	Pab	TALLA	X	C	2	Psicoeducación	P	X	R	8			99207.04		
						D		Hb	R	R	3		P	D	R						

**Consejería de salud mental:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consejería y orientación psicológica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 8) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	8765	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	X				X601		
						M	Pab	TALLA	X	C	2	Consejería y orientación psicológica	P	X	R	6			96100.02		
						D		Hb	R	R	3		P	D	R						

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda (90834 ó 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 12)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA CENTRO POBLADO																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	8765	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgesico	P	D	X				X601		
						M	Pab	TALLA	X	C	2	Psicoterapia individual	P	X	R	12			90834		
						D		Hb	R	R	3		P	D	R						

**Terapia familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia familiar según corresponda (96100.01 y 90847)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 8)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
	ETNIA	CENTRO POBLADO										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							FECHA DE ULTIMA REGLA: / /
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	X			X601
						M	Pab	TALLA		X	C	2.	Psicoterapia familiar	P	X	R	6		96100.01
	8765					D		Hb		R	R	3		P	D	R			

**Grupo de Ayuda Mutua:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Grupo de Ayuda Mutua

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
	ETNIA	CENTRO POBLADO										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							FECHA DE ULTIMA REGLA: / /
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	X			X601
						M	Pab	TALLA		X	C	2.	Grupo de Ayuda Mutua	P	X	R	10		C0012
	8956					D		Hb		R	R	3		P	D	R			

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Envenenamiento autoinfligido intencionalmente
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º		
	ETNIA	CENTRO POBLADO										FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /							FECHA DE ULTIMA REGLA: / /
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposicion a analgesico	P	D	X			X601
						M	Pab	TALLA		X	C	2.	Visita domiciliaria	P	X	R	8		C0011
	8956					D		Hb		R	R	3		P	D	R			

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandarizado para cada caso. Para ello el personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnóstico "R".

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III
02 Consultas medicas	03 Consulta especializada de salud mental
04 Psicoeducación	06 Psicoeducación
06 consejerías de salud mental	10 Psicoterapia individual
02 Visitas domiciliarias	06 Terapia familiar
	10 Grupo de ayuda mutua
	06 Visitas domiciliarias

### 5.3. Tratamiento ambulatorio de personas con ansiedad

#### a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones ambulatorias que se brinda a personas con diagnóstico de ansiedad, según CIE 10 (F40 – F48). Es realizada por un equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, trabajadora social) y orientado a su recuperación definida de acuerdo al grado de complejidad del diagnóstico y modalidad de tratamiento y etapa del curso de vida. Se brinda en establecimiento de salud desde el nivel I-2. Se proporcionan las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica:** Realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico capacitado para evaluación, diagnóstico, plan de tratamiento, manejo farmacológico o la referencia del caso. Comprende al menos 4 sesiones, con una duración de 45 min la primera consulta y de 30 minutos las siguientes.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación de la persona con diagnóstico de ansiedad realizada por profesionales de la salud de manera integral (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico). Concluye con la elaboración del plan individualizado de intervenciones a realizar con el usuario, su familia y su comunidad. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión (01 como mínimo) tendrá una duración de 30 minutos o más.
- **Psicoterapia:** Esta se llevará a cabo por profesionales capacitados. Se aplicada en 12 sesiones (6 meses) como media, puede ser de manera individual o en grupo. La sesión en formato individual tendrá una duración de 45 minutos y en formato grupal 90 Minutos.
- **Grupo de ayuda mutua:** Se organiza a los usuarios en grupos de apoyo, para que en forma conjunta puedan encontrar la solución a un problema común a sus miembros. Se realiza en 10 sesiones grupales, con una duración de 90 minutos cada una.
- **Talleres de activación física:** basados en las técnicas de estiramientos, relajación y técnicas de respiración. Se brindarán al menos 12 sesiones (1 por semana) de 45 minutos, en forma reglada y deben ser dirigidos por profesionales de la salud capacitados.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales

- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Fobias sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				F401	
						M		TALLA		C	2	Consultas médica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99215	
	8765					D	Pab	Hb		R	3		P	D	R					

**Psicoeducación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Fobias sociales	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>				F401	
						M		TALLA		C	2	Psicoeducación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4			99207.04	
	8765					D	Pab	Hb		R	3		P	D	R					

**Evaluación Integral interdisciplinaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1	Fobias sociales	P	D	X				F401	
	8956					M	Pab	TALLA		X	C	2	Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	X	R	2	2		99366	
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual (90834, 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 20)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Fobias sociales	P	D	X				F401	
	8765					M	Pab	TALLA		X	C	2	Psicoterapia individual	P	X	R	12			90834	
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Grupo de Ayuda Mutua:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Grupo de Ayuda Mutua

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 12) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Fobias sociales	P	D	X				F401	
	8956					M	Pab	TALLA		X	C	2	Grupo de Ayuda Mutua	P	X	R	12			C0012	
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria (C0011)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2,... ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1 Fobias sociales	P	D	X				F401	
						M		TALLA		X	C	2. Visita domiciliaria	P	X	R	4			C0011	
	8956					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R					

**Taller de Activación Física:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Fobias sociales
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Activación física (99402.17)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1 Fobias sociales	P	D	X				F401	
						M		TALLA		X	C	2. Actividad física	P	X	R	3			99402.17	
	8956					D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R					

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo el paquete estandarizado.

El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnóstico "R".

Paquete en EESS no especializados Primer nivel de atención	Paquete en EESS Especializados CSMC, Hospitales II y III
03 Consultas medicas	04 Consulta especializada de salud mental
04 Psicoeducación	02 Psicoeducación
06 Grupos de ayuda mutua	12 Psicoterapia individual (mínimo)
08 Taller de actividad física	08 Grupo de ayuda mutua (mínimo)
	12 Sesiones de activación física
	06 Visitas domiciliarias (mínimo)

## 5.4. Tratamiento con internamiento de personas con trastornos afectivos, ansiedad y de conducta suicida

### a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones que concierne al tratamiento integral con internamiento y hospitalización brindado a personas con depresión, ansiedad y conducta suicida, con la finalidad de la estabilización clínica, por encontrarse en situación de emergencia psiquiátrica en condición de agudización o re agudización de sus síntomas. Incluye las siguientes intervenciones:

- **Evaluación y diagnóstico integral de ingreso.** Procedimiento inicial que permite evaluar a la persona usuaria de forma integral con el objetivo de determinar las condiciones en las que se encuentra al momento de ingresar. Incluye la identificación de necesidades, la valoración clínica psicopatológica, físico, psicosocial (familia y otras redes de apoyo) y del funcionamiento. Es realizada por el equipo interdisciplinario en acción conjunta.
- **Diseño e implementación del Plan de Cuidados personalizado.** En base a los problemas y necesidades identificadas durante el proceso de evaluación, el equipo interdisciplinario responsable determina los objetivos terapéuticos, las intervenciones y el tiempo requerido para que la persona reciba cuidados integrales y de calidad. Las intervenciones incluyen:
  - **Cuidado integral de enfermería.** Desarrollo de acciones diligentes de ayuda y apoyo que se realizan para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para la vida, la recuperación y el desarrollo de habilidades que le permitan enfrentar su situación.
  - **Intervención en Crisis:** La intervención en crisis es un método de ayuda inmediata, de corto plazo destinada a auxiliar a las personas en una situación crítica a fin de restablecer el equilibrio, reducir la mortalidad y discapacidad y facilitar el adecuado enfrentamiento del paciente, familiares y/o testigos. Será brindada por profesional de la salud capacitado, durante el primer contacto con la persona. Implica la valoración del riesgo, la contención emocional al usuario y su familia, derivación y enlace con otros servicios y redes de apoyo según grado de severidad.
  - **Tratamiento farmacológico:** Es la prescripción, administración, control y supervisión del tratamiento con psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos según corresponda, según necesidad del usuario.
  - **Psicoeducación:** Intervención educativo comunicacional dirigida a la persona usuaria, su familia o cuidadores; realizada por psiquiatra, enfermera, o psicóloga que propicia el intercambio, la expresión de sentimientos y la reflexión sobre las causas, síntomas, curso y las diferentes intervenciones disponibles, así como, el fortalecimiento de sus recursos y habilidades para hacerle frente a su condición, responsabilizarse, adquirir un papel activo en su recuperación. Esta actividad se realiza en 4 sesiones, con una duración de 45 minutos cada una.
  - **Visita médica** al menos una vez al día y en cada una se realiza una revisión con el equipo interdisciplinario de la posibilidad de continuación del tratamiento de formas alternativas al internamiento u hospitalización.
  - **Consejería de salud mental:** Proceso a través del cual el psicólogo o profesional de la salud capacitado, brinda apoyo al usuario para desarrollar habilidades de resolución de problemas, que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. Esta intervención se realiza en 2 sesiones, con una duración de 30 minutos cada una.
  - **Intervención Familiar:** Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Gestión de la continuidad de sus cuidados.** Consiste en la vinculación o gestión realizada por profesional de enfermería, trabajo social u otro según corresponda, con el establecimiento de origen de la referencia o al que se hará la contrarreferencia, para tomar acciones que aseguren la continuidad de cuidados de la persona usuaria, después de su alta.



- **Alta.** Alcanzada la estabilización clínica, de la persona usuaria el psiquiatra procederá con el alta, mediante la elaboración de epicrisis, la evaluación de la derivación a la Unidad de Hospitalización de Día o la referencia al centro de salud mental comunitario u otra institución de servicio ambulatorio cercana más cercano a su domicilio.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM(Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
  - Evaluación y diagnóstico integral de ingreso,
  - Diseño e implementación del Plan de Cuidados personalizado que incluya las siguientes intervenciones: Cuidado integral de enfermería, Intervención en Crisis, Tratamiento farmacológico, Psicoeducación, Visita médica, Consejería de salud mental, Intervención Familiar
  - Gestión de la continuidad de sus cuidados
  - Alta

## VII. PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL Y TABACO TRATADAS OPORTUNAMENTE

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
<b>Consulta médica</b>	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
<b>Evaluación Integral interdisciplinaria</b>	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
<b>Consejería</b>	99401.13	Consejería en Estilos de Vida saludable
<b>Psicoterapia individual</b>	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
<b>Grupo de Ayuda Mutua</b>	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua
<b>Intervención familiar</b>	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
<b>Visita domiciliaria</b>	C0011	Visita familiar integral
<b>Intervención grupal</b>	99207.02	Intervención en grupo de salud mental
<b>Psicoterapia grupal</b>	90857	Psicoterapia interactiva de grupo
<b>Intervención breve</b>	99207.01	Intervención individual en salud mental
<b>Entrevista motivacional</b>	96150	Evaluación de salud y comportamiento (Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial

## 6.1. Intervenciones breves motivacionales para personas con consumo perjudicial del alcohol y tabaco

### a. Definición operacional

Es la atención que se brinda a personas con consumo problemático de alcohol (F10.1), uso de tabaco (F17.1) o relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos orientadas a su recuperación (F13.1). Estas intervenciones están orientadas a ayudar a reducir o detener el consumo de drogas. Se desarrollan las siguientes intervenciones:

- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más. La elaboración del mencionado plan es desarrollada por los centros de salud mental comunitarios y los hospitales del nivel II y III.
- **Consejería:** Es una consulta educativa que se ofrece en un ambiente de confianza, permitiendo que el consultante tome sus propias decisiones de manera reflexionada respecto a los estilos de vida sobre el consumo de alcohol y/o tabaco, consta de 01 sesión de 30 minutos, brindada por un profesional de la salud capacitado, se realiza en puestos, centros de salud y hospitales generales.
- **Intervención breve,** Consta de 04 sesiones de 30 minutos cada una en 04 semanas consecutivas, brindada por un profesional de la salud capacitado, con entrenamiento de 16 horas de capacitación, se realiza en puestos y centros de salud.

### b. Registro de acciones desarrolladas

#### Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Consumo problemático de alcohol
  - En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO	N	X	1	Consumo problemático de alcohol	P	D	X			F101		
				M			TALLA	X	C	2.	Reunión con equipo interdisciplinario	P	X	R	2			99366		
	8956			D		Pab	Hb		R	R	3		P	D	R					

#### Consejería:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Consumo problemático de alcohol
- En el 2º casillero la intervención realizada con el usuario: Consejería en Estilos de Vida saludable

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Consumo problemático de alcohol	P	D	X			F101		
				M			TALLA	X	C	2.	Consejería en Estilos de Vida saludable	P	X	R				99401.13		
	8765			D		Pab	Hb		R	R	3		P	D	R					

**Intervención breve:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Consumo problemático de alcohol
- En el 2º casillero la intervención realizada con el usuario: Intervenciones breves

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad, se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4)

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Consumo problemático de alcohol	P	D	X				F101	
						M		TALLA		X	C	2	Intervenciones breves	P	X	R	4	TA	99207.01	
	8765					D	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R				

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 01 evaluación integral, 01 consejería y 04 intervenciones breves. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del Diagnóstico "R".

**6.2. Intervención para personas con dependencia del alcohol y tabaco****a. Definición operacional**

Es un conjunto de acciones orientadas a brindar tratamiento y actividades recuperativas a las personas con trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol (F10.2), al uso de tabaco (F17.2) o Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos orientadas a su recuperación (F13.2). Se realizan en los establecimientos de salud I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E. Incluye a los centros de salud mental comunitarios.

- **Consulta médica.** Se realizará en 04 sesiones con una duración de 30 minutos cada una, con una frecuencia de una vez al mes.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más. La elaboración del mencionado plan es desarrollada por los centros de salud mental comunitarios y los hospitales del nivel II y III.
- **Entrevista motivacional:** Consta de 02 sesiones con una duración de 30 minutos cada una, con una frecuencia de una vez al mes.
- **Psicoterapia individual:** Se realizará en 04 sesiones cada una con una frecuencia de 02 semanas cada una.
- **Visita domiciliaria:** Consta de 02 visitas de 90 minutos cada una (considera 45 minutos de intervención) con una frecuencia de 02 meses.
- **Intervención Familiar:** Se realizan 02 sesiones como mínimo de 45 minutos cada una con una frecuencia de 02 meses.
- **Trabajo Grupal:** Esta actividad consta de 02 sesiones de 75 minutos cada una con una frecuencia de 02 meses

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consulta médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X				F102	
					M			TALLA		X	C	2	Consultas médica	P	X	R	4			99215	
	8765				D		Pab	Hb		R	R	3		P	D	R					

### Evaluación Integral Interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de plan individualizado

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X				F102	
					M			TALLA		X	C	2	Reunión con equipo interdisciplinario	P	X	R	1	1		99366	
	8956				D		Pab	Hb		R	R	3		P	D	R					

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

### Entrevista motivacional:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Entrevista motivacional (96150)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X			F102
							TALLA		X	C	2	Entrevista motivacional	P	X	R	2		96150
							Hb		R	R	3		P	D	R			

### Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual (90834, 90806 ó 90860)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1,2, 3 ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X			F102
							TALLA		X	C	2	Psicoterapia individual	P	X	R	4		90806
							Hb		R	R	3		P	D	R			

### Visitas familiares integrales:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visitas familiares integrales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X			F102
							TALLA		X	C	2	Visitas familiares integrales	P	X	R	2		C0011
							Hb		R	R	3		P	D	R			

**Intervención Familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención Familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	R				F102			
							TALLA	X				C	2	Intervención Familiar	P	D	R	2			C2111.01
							Hb	R				R			3						
	8765				D	Pab															

**Sesiones de trabajo grupal:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención grupal

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	R				F102			
							TALLA	X				C	2	Intervención grupal	P	D	R	2			99207.02
							Hb	R				R			3						
	8765				D	Pab															

*Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 04 consultas médicas, 01 evaluación integral interdisciplinaria, 02 entrevistas motivacionales, 04 psicoterapias individuales, 02 intervenciones familiares, 02 visita domiciliaria y 02 sesiones de trabajo grupal. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1ºlab del Diagnostico “R”.*

**6.3. Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol**

**a. Definición operacional**

Es un conjunto de acciones orientadas a estabilizar a los usuarios en condición clínica aguda, de abstinencia relacionada con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol (se considera la clasificación del CIE10 del F10, que requieren de internamiento en un establecimiento de salud a partir del nivel II de atención y/o a las personas que ingresan al servicio de emergencia por intoxicación alcohólica. Se brinda en los Hospitales generales y especializados. Incluye el desarrollo de las siguientes actividades según el caso:

- **Cuidado integral de enfermería.** Desarrollo de acciones diligentes de ayuda y apoyo que se realizan para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para la vida, la recuperación y el desarrollo de habilidades que le permitan enfrentar su situación.
- **Visita médica** al menos una vez al día y en cada una se realiza una revisión con el equipo interdisciplinario de la posibilidad de continuación del tratamiento de formas alternativas al internamiento u hospitalización.
- **Entrevista motivacional:** Se realizarán en sesiones diarias, con una duración de 30 minutos cada una.
- **Intervenciones breves:** Consta de 04 sesiones de 30 minutos cada una en 04 semanas consecutivas, brindada por un profesional de la salud, con entrenamiento de 16 horas de capacitación, se realiza en puestos y centros de salud.
- **Psicoterapia Individual:** Se realizan en sesiones de 45 minutos cada una con una frecuencia interdiaria.
- **Tratamiento farmacológico:** Es la prescripción, administración, control y supervisión del tratamiento con psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos según corresponda, según necesidad del usuario.
- **Gestión de la continuidad de sus cuidados.** Consiste en la vinculación o gestión realizada por profesional de enfermería, trabajo social u otro según corresponda, con el establecimiento de origen de la referencia o al que se hará la contrarreferencia, para tomar acciones que aseguren la continuidad de cuidados de la persona usuaria, después de su alta.
- **Alta.** Alcanzada la estabilización clínica de la persona usuaria, el psiquiatra procederá con el alta, mediante la elaboración de epicrisis, la evaluación de la derivación a la Unidad de Hospitalización de Día o la referencia al centro de salud mental comunitario u otra institución de servicio ambulatorio cercana más cercano a su domicilio.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
  - El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
  - La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
  - Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
    - Cuidado integral de enfermería
    - Visita médica.
    - Entrevista motivacional
    - Intervenciones breves
    - Psicoterapia individual
    - Tratamiento farmacológico
    - Gestión de la continuidad de sus cuidados
    - Alta

### 6.4. Atención de personas con intoxicación alcohólica grave

#### a. Definición operacional

Es un conjunto de acciones orientadas a estabilizar a los usuarios agudos con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol (se considera la clasificación del CIE10 del F10, que requieren de internamiento en un establecimiento de salud a partir del nivel II de atención (incluyen los centros de salud mental comunitario) y/o a las personas que ingresan al servicio de emergencia por intoxicación alcohólica.

- **Consulta médica:** realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico cirujano con 10 horas de capacitación, comprende la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios que presentan un trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol. Se realizará las veces que sean necesarias.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Es la evaluación comprehensiva de la persona con intoxicación alcohólica grave realizada por profesionales de la salud de manera integral (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico). Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más. La elaboración del mencionado plan es desarrollada por los centros de salud mental comunitarios y los hospitales del nivel II y III.
- **Intervenciones breves:** Es una estrategia terapéutica que considera la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de sustancias que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su conducta de consumo puede causarles problemas

#### b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registrados en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
  - Consulta médica
  - Evaluación integral interdisciplinaria
  - Intervenciones breves
  - Alta

### 6.5. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos del comportamiento debido al consumo de alcohol

#### a. Definición operacional

Actividad desarrollada por personal de salud capacitado (psicólogo(a), médico(a), enfermero(a) y trabajador(a) social) de los Centros de salud mental comunitaria y está dirigida a los usuarios que tienen diagnóstico positivo de dependencia al alcohol como parte de su proceso de recuperación.

Esta actividad consiste en:

- **Psicoterapia Grupal:** Actividad grupal (máx. 20 personas) dirigida a los usuarios con diagnóstico positivo de dependencia al alcohol. Tiene por objetivo fortalecer y propiciar la adherencia en el tratamiento a través de actividades entre pares. El personal de salud será facilitador de estos procesos incentivando la participación activa de los participantes. Esta intervención es desarrollada por el personal de salud de los Centros de salud mental comunitaria y se realiza en 10 sesiones de 45 – 60 minutos cada una.
- **Intervención Familiar:** Actividad grupal (máx. 20 personas) dirigida los familiares de los usuarios que tienen diagnóstico positivo de dependencia al alcohol. Tiene por objetivo ayudar en la adherencia al tratamiento de los usuarios involucrando a los miembros de la familia y/o cuidadores, así como brindarle soporte emocional frente al problema a través de la interacción del grupo con cada uno sus integrantes. Esta actividad consta de 02 sesiones como mínimo, con una duración de 45 minutos cada una.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Sesiones de Psicoterapia grupal:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia interactiva de grupo
- En el 3º casillero anote Rehabilitación del Alcohólico (Z502)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) según corresponda

DÍA	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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º															
	ETNIA	CENTRO POBLADO																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X				F102														
																			M	Pab	TALLA	X	C	2	Psicoterapia interactiva de grupo	P	X	R	10			90857

### Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: intervención familiar
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1 ó 2) según corresponda.

DÍA	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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º															
	ETNIA	CENTRO POBLADO																														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____													
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	P	D	X				F102														
																			M	Pab	TALLA	X	C	2	Intervención familiar	P	X	R	2			C2111.01



Se considera actividad cumplida cuando se realizaron como mínimo las 10 sesiones grupales y 02 intervenciones familiares. Cuando se cumpla con el paquete de atención de la usuaria/o, se registrará "TA" en el 1º lab del diagnóstico "R".

## VIII. PERSONAS CON TRASTORNOS Y SÍNDROMES PSICÓTICOS TRATADAS OPORTUNAMENTE

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Consulta médica	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente
Evaluación Integral interdisciplinaria	99366	Reunión de equipo interdisciplinario (Plan Individualizado formulado)
Psicoeducación	99207.04	Psicoeducación a paciente
Intervención individual	99207.01	Intervención individual en salud mental
Psicoterapia individual	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia
	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo
	90860	Psicoterapia cognitivo conductual
Intervención familiar	C2111.01	Intervención familiar
	96100.01	Sesión de psicoterapia de familia (realizado por el psicólogo)
	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)
Visita domiciliaria	C0011	Visita familiar integral
Intervención Social	99210	Atención de servicio social
	99210.01	Evaluación socioeconómica
	99210.02	Evaluación sociofamiliar

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
	99210.03	Valoración social
	99210.04	Seguimiento social
	C1043	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad
<b>Intervenciones de integración socio comunitaria</b>	C0012	Sesion de Grupo de ayuda mutua
	99401.21	Consejería en fomento de la integración social
	99207.02	Intervención en grupo de salud mental
	C3121	Sesiones educativas en derechos de las personas con discapacidad en adaptaciones arquitectónicas y otros
	C3131	Sesiones educativas para el empoderamiento de los derechos en salud de la población
	C3031	Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social
	96100.05	Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo
	97535.01	Terapia ocupacional grupal
	99374	Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa
	Z736	Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad
	C7002	Supervisión
	97009	Terapia de lenguaje
	99207	Atención en salud mental

## 7.1. Tratamiento ambulatorio a personas con síndrome psicótico o trastorno del espectro de la esquizofrenia

### a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones ambulatorias dirigido a personas con diagnóstico de síndrome psicótico o del espectro de la esquizofrenia (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3, F06.2, F10.5, F11.5, F12.5, F13.5, F14.5, F15.5, F16.5, F17.5, F18.5 y/o F19.5) brindado por personal de salud capacitado (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, personal técnico en establecimientos de salud I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E y Centros de salud mental comunitaria). Comprende los siguientes paquetes terapéuticos:

Paquete terapéutico estándar en el nivel I-3 y I-4 no especializado	Paquete terapéutico estándar en los centros de salud mental comunitaria y hospitales
<b>Consulta médica ambulatoria de Salud Mental:</b> Esta actividad se realiza en 06 sesiones como mínimo con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una	<b>Consulta médica ambulatoria de Salud Mental:</b> Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una.
	<b>Evaluación Integral interdisciplinaria:</b> Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia por un equipo interdisciplinario (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico),
<b>Intervención individual:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.	<b>Intervención individual:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.
<b>Intervención familiar:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.	<b>Intervención familiar:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
<b>Psicoeducación:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 02 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario	<b>Psicoeducación:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 04 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario.
	<b>Psicoterapia individual:</b> Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión.

Paquete terapéutico estándar en el nivel I-3 y I-4 no especializado	Paquete terapéutico estándar en los centros de salud mental comunitaria y hospitales
<b>Visita domiciliaria:</b> Esta actividad es realizada dos (02) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.	<b>Visita domiciliaria:</b> Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
	<b>Intervención social:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de trabajo social y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
	<b>Intervenciones de integración socio comunitaria:</b> Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 10 sesiones como mínimo. Incluye actividades con grupos de soporte y Clubes sociales.

## b. Registro de acciones desarrolladas

### Consulta médica:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
8	67554986	8765	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X				F232
						M		TALLA		X	C	2. Consultas médica	P	X	R	6			99215
						D	Pab	Hb		R	R	3	P	D	R				

### Evaluación Integral Interdisciplinaria:

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario(a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º													
	ETNIA	CENTRO POBLADO																												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____												
8	73276304	2	Lima	10	M	PC	PESO	TALLA	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232												
																			D	Pab	Hb	R	R	3	P	D	R			

**Cada profesional registrará individualmente su participación en la formulación del plan individualizado.**

**Psicoeducación:**

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario  
 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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
  - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"  
 En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, 3 ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º													
	ETNIA	CENTRO POBLADO																												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____												
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232												
																			D	Pab	Hb	R	R	3	P	D	R			

**Intervención individual:**

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario  
 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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
  - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"  
 En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º													
	ETNIA	CENTRO POBLADO																												
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____												
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232												
																			D	Pab	Hb	R	R	3	P	D	R			

**Intervención familiar:**

- En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario  
 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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
  - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																
	ETNIA CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____														
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F238															
																			M	Pab	Hb	R	R	3	2	Intervención familiar	P	D	R	3			C2111.01

### Psicoterapia individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1,2, ... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																
	ETNIA CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____														
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232															
																			M	Pab	Hb	R	R	3	2	Reunión de equipo interdisciplinario	P	D	R	9			90806

### Visita Domiciliaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																
	ETNIA CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____														
8	73276304	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	X	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232															
																			M	Pab	Hb	R	R	3	2	Visita domiciliaria	P	D	R	3			C0011

### Intervención social:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote Atención de servicio social
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Valoración social según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232		
	8956					M	Pab	TALLA		C	2	Atención de servicio social	P	X	R	3		99210		
						D		Hb		R	3	Valoración social	P	X	R			99210.03		

En el registro de la Intervención social **siempre** se registrara como 2ª actividad Atención de servicio social debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3ª actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 3ª sesión (Atención de servicio social)

**Intervenciones de integración socio comunitaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- En el 2º casillero anote Intervención en grupo de salud mental
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Sesión de Grupo de ayuda mutua según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA	CENTRO POBLADO																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO		N	1	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	P	D	X			F232		
	8956					M	Pab	TALLA		C	2	Intervención en grupo de salud mental	P	X	R	6		99207.02		
						D		Hb		R	3	Sesión de Grupo de ayuda mutua	P	X	R	3		C0012		

En el registro de la Intervenciones de integración socio comunitaria **siempre** se registrara como 2ª actividad Intervención en grupo de salud mental, debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3ª actividad. Cuando se culmine el paquete completo se deberá registrar “TA” en el 1º lab del diagnóstico “R”.

Paquete terapéutico estándar en el nivel I-3 y I-4 no especializado	Paquete terapéutico estándar en los centros de salud mental comunitaria y hospitales
06 Consulta médica ambulatoria de Salud Mental	06 Consulta médica ambulatoria de Salud Mental
	01 Evaluación Integral interdisciplinaria:
06 Intervención individual	06 Intervención individual
03 Intervención familiar	03 Intervención familiar:
02 Psicoeducación	04 Psicoeducación
	10 Psicoterapia individual
02 Visita domiciliaria	03 Visita domiciliaria
	03 Intervención social
	10 Intervenciones de integración socio comunitaria

## 7.2. Tratamiento ambulatorio de personas con primer episodio psicótico

### a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones ambulatorias brindadas por el equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicóloga(a), enfermera(o), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, personal técnico) en los centros de salud mental comunitaria, con participación de personas con primer episodio psicótico (episodio de psicosis que ocurre por primera vez en la vida de la persona y presenta sintomatología de una duración menor a dos años al momento de la primera consulta médica). Los códigos CIE 10 a considerar son síndrome o trastorno psicótico de “primer episodio psicótico” (F23.8). Incluye las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica ambulatoria de Salud Mental:** Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia.
- **Intervención individual:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.
- **Intervención familiar:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Psicoeducación:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 04 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario.
- **Psicoterapia individual:** Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión.
- **Visita domiciliaria:** Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
- **Intervención social:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de trabajo social y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Intervenciones de integración socio comunitaria:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 10 sesiones como mínimo. Incluye actividades con grupos de soporte y Clubes sociales.

Para el identificación de una persona con primer episodio psicótico, en el registro se colocará “siempre” el valor numérico “1” en el 1° lab del diagnóstico y debe registrarse así durante todo el tratamiento.

### En definición de diagnóstico:

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	X	R	1		F238			
	8765				M	Pab	TALLA	X	C	2.	Consultas médica	P	X	R	1		99215			
					D		Hb	R	R	3		P	D	R						

**En tratamiento:**

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	X	1			F238		
	8765				M	Pab	TALLA		X	C	2	Psicoterapia individual	P	X	R	9			90806		
					D		Hb		R	R	3		P	D	R						

**b. Registro de acciones desarrolladas**

**Consulta médica:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote siempre "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	X	1			F238		
	8765				M	Pab	TALLA		X	C	2	Consultas médica	P	X	R	6			99215		
					D		Hb		R	R	3		P	D	R						

**Evaluación Integral Interdisciplinaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado.

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad se colocará **siempre "1"**
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	73276304	2	Lima	10	M	PC	PESO		N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	X	1			F238		
	8956				M	Pab	TALLA		X	C	2	Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	X	R	2	3		99366		
					D		Hb		R	R	3		P	D	R						



Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

### Psicoeducación:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote “1”
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	X	1		F238			
							TALLA	X				C	2.	Psicoeducación	P	X	R	4		99207.04
							Hb					R			R	3	P	D	R	
	8765				D	Pab														

### Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual de salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote “1”
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	D	X	1		F238			
							TALLA	X				C	2.	Intervención familiar	P	X	R	3		C2111.01
							Hb					R			R	3	P	D	R	
	8765				D	Pab														

### Intervención familiar:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote “1”
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios			P	D	X	1			F238				
	8765	M						Pab				TALLA	X	C	2	Psicoterapia individual			P	X	R	9			90806
												Hb				R	R	3	P	D	R				

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
  - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual según corresponda
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote “1”
  - En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2, ... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios			P	D	X	1			F238				
	8765	M						Pab				TALLA	X	C	2	Intervención individual de salud mental			P	X	R	4			99207.01
												Hb				R	R	3	P	D	R				

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
  - En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote “1”
  - En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º								
	CENTRO POBLADO																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
8	73276304		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios			P	D	X	1			F238				
	8956	M						Pab				TALLA	X	C	2	Visita domiciliaria			P	X	R	3			C0011
												Hb				R	R	3	P	D	R				

**Intervención social:**

En el ítem: Ficha /Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
  - En el 2º casillero anote Atención de servicio social
  - En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Valoración social según corresponda
- En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”
- En el ítem Lab anote:
- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote “1”
  - En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 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										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: / /												
8	73276304	2	Lima	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			F238		
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Atención de servicio social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99210
	8956					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb		R	R	3	Valoración social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99210.03

En el registro de la Intervención social **siempre** se registrara como 2º actividad Atención de servicio social debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3º actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 3º sesión (Atención de servicio social)

**Intervenciones de integración socio comunitaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios (F238) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote Intervención en grupo de salud mental
- En el 3º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Sesión de Grupo de ayuda mutua según corresponda

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote "1"
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3da actividad se registra número de sesión (1, 2,... ó 10) 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										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: / /												
8	73276304	2	Lima	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			F238		
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Intervención en grupo de salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99207.02
	8956					<input checked="" type="checkbox"/>	D		Pab	Hb		R	R	3	Sesión de Grupo de ayuda mutua	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			C0012

En el registro de la Intervenciones de integración socio comunitaria **siempre** se registrara como 2º actividad Intervención en grupo de salud mental, debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde, independiente de la 3º actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la 10 sesión (Intervención en grupo de salud mental)

Se considera **paquete cumplido** cuando se cumpla como mínimo: 06 consultas médicas, 01 evaluación integral interdisciplinaria, 06 intervenciones individuales, 03 intervenciones familiares, 04 psicoeducativas, 10 Psicoterapia individual, 03 visita domiciliaria 03 intervenciones sociales y 10 Intervenciones de integración socio comunitaria. El personal que realiza la última actividad registrará TA en el 2º lab del diagnóstico "R".

### 7.3. Tratamiento ambulatorio para las personas con deterioro cognitivo

#### a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones destinadas a la mejora de los síntomas de deterioro cognitivo, así como, a la posible prevención o retraso en la aparición del síndrome de demencia, mediante la estimulación cognitiva, de ejercicio físico, recomendaciones dietéticas y en el estilo de vida y el control de los factores de riesgo vascular asociadas. Eventualmente manejo farmacológico.

Esta intervención incluye:

- **Consulta médica**, como mínimo deben realizarse 04 sesiones durante la cual el psiquiatra determinará la pertinencia del uso de medicamentos y el seguimiento correspondiente al paciente.
- **Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo** es desarrollada por un profesional en psicología a partir de la evaluación del nivel de funcionamiento cognitivo y emocional, de la persona usuaria mediante su inclusión en talleres que fortalezcan estas funciones y la identificación de signos de avance del deterioro para su derivación. Por lo menos 6 sesiones.
- **Terapia ocupacional** realizada por el terapeuta ocupacional de salud capacitado en la cual desarrollarán estrategias tanto individuales o colectivas para el mantenimiento de sus funciones físicas y cognitivas. Por lo menos debe participar en 6 sesiones de trabajo.
- **Orientación y apoyo a familiares** desarrollada por un profesional en psicología a partir de la evaluación del nivel de funcionamiento cognitivo y emocional, brindando información sobre manifestaciones y curso de la enfermedad.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

##### Consulta médica:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Consultas médica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, 3 ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1 Demencia	P	D	X				F000
						M		TALLA	X	C	2. Consultas médica	P	X	R	4			99215
	8765					D	Pab	Hb	R	R	3	P	D	R				

##### Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	C	R	R	1	Demencia	P	D	R	6	F000																	
																					8765	28	M	Pab	TALLA	Hb	N	C	R	R	2	Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo	P	D	R	6	96100.05

**Terapia ocupacional:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Terapia ocupacional

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	C	R	R	1	Demencia	P	D	R	6	F000																	
																					8765	28	M	Pab	TALLA	Hb	N	C	R	R	2	Terapia ocupacional	P	D	R	6	97535.01

**Orientación y apoyo a familiares:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación a la familia

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	C	R	R	1	Demencia	P	D	R	6	F000																	
																					8765	28	M	Pab	TALLA	Hb	N	C	R	R	2	Psicoeducación a la familia	P	D	R	6	C2111.01

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla como mínimo: 04 consultas médicas, 06 terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo y 06 terapia ocupacional. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del diagnóstico "R".

## 7.4. Cuidados de salud domiciliarios a personas con demencia severa y en precarias condiciones económicas

### a. Definición operacional

Es el cuidado integral de salud para personas diagnosticadas con demencia severa (F00 al F09 o F01 al F01.9 o F02 al F02.8) y en precaria condición económica familiar. Esta atención es brindada por un personal de salud (técnico de enfermería, de manera exclusiva, enfermera y médico) del centro de salud mental comunitaria.

Este personal realizará acciones de cuidado directo con la persona que padece la enfermedad (cuidados de higiene y aseo, ejercicios físicos y mentales en casa, actividades de ocio, etc.) y acciones indirectas relacionadas al bienestar del familiar (acompañamiento emocional y coordinación de la continuidad de cuidados, etc.)

Estos cuidados son fundamentales para prevenir el deterioro progresivo propio de estas enfermedades, y sobre todo en las etapas más severas, permitiendo la reducción de costos afines, como tratamientos ambulatorios y hospitalarios, los cuales aumentan con la severidad del cuadro. El subproducto comprende:

- Cuidado diario por técnica de enfermería
- Supervisión de enfermera con intervalo máximo interdiario.
- Evaluación médica semanal.

### b. Registro de acciones desarrolladas

Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 10) 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	GESTANTE/PUERPORA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /			
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Demencia	P	D	X				F000					
												TALLA	X	C	2.	Supervisión médica del cuidado de un paciente en casa	P	X	R	6			99374
																	Hb	R	R	3			

### Supervisión de enfermera:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico Demencia
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Supervisión

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”.

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 10) según corresponda.

Se considera **actividad cumplida** cuando se cumpla las 10 supervisiones médicas del cuidado de un paciente en casa. El personal que realiza la última actividad registrará **TA** que significa **PAQUETE COMPLETO** en el 1º lab del diagnóstico “R”.

## 7.5. Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

### a. Definición operacional

Conjunto de prestaciones ambulatorias brindado por equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, personas técnico) en los centros de salud mental comunitaria, para personas con trastorno mental grave.

Un trastorno mental grave es cualquier trastorno mental caracterizado por su evolución prolongada cuya gravedad repercute de manera importante en el pensamiento, emociones, comportamiento y tiene un tiempo de duración superior a dos años o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada), está asociado a discapacidad y dependencia psicosocial que altera su relación familiar, laboral y social, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada.

Este subproducto incluye las siguientes intervenciones:

- **Consulta médica ambulatoria de Salud Mental:** Realizada por un médico psiquiatra. Esta actividad se realiza en 06 sesiones con una duración de 45 minutos la primera consulta y los 05 restantes de una duración de 30 minutos cada una.
- **Evaluación Integral interdisciplinaria:** Esta actividad se realiza en 01 sesión con una duración de 45 minutos. Se realiza en las primeras consultas o intervenciones con el usuario y su familia por un equipo interdisciplinario (psicólogo, medico de familia, medico psiquiatra, enfermera, trabajadora social, tecnólogo médico).
- **Intervención individual:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 06 como mínimo.
- **Intervención familiar:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Psicoeducación:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y tiene una duración de 30 minutos y es realizada en 04 sesiones como mínimo. Debe incorporarse esta intervención desde el inicio del tratamiento del usuario.
- **Psicoterapia individual:** Esta actividad se realiza en 10 sesiones como mínimo, tiene una duración de 45 minutos cada sesión.
- **Visita domiciliaria:** Esta actividad es realizada tres (03) veces como mínimo, con un tiempo de 90 minutos (considera 45 minutos de intervención) por un personal de salud.
- **Intervención social:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de trabajo social y es realizada en 03 sesiones como mínimo.
- **Intervenciones de integración socio comunitaria:** Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 10 sesiones como mínimo. Incluye actividades con grupos de soporte, Clubes psicosociales.
- **Intervenciones del gestor de caso:** Esta actividad es desarrollada por el profesional designado como gestor de caso en el marco de la continuidad de cuidados y es realizada en 10 sesiones como mínimo.
- **Movilización de redes de soporte comunitario** Intervenciones que buscan canalizar el apoyo de las diferentes instituciones u organizaciones de la comunidad para su protección y para favorecer su desarrollo e integración sociocomunitaria de la persona afectada por un trastorno mental grave. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud y es realizada en 02 coordinaciones como mínimo.

Para el identificación de una persona con Trastorno Mental Grave, en el registro se colocara "siempre" el valor numérico "2" en el 1° lab del diagnóstico y debe registrarse así durante todo el tratamiento.

**En definición de diagnóstico:**

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	C	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R	2			F201			
											2. Consultas médica	P	D	R				99215			
											Hb	R	R	3	P	D	R				

**En tratamiento:**

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	C	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R	2			F201			
											2. Visita domiciliaria	P	D	R	3			C0011			
											Hb	R	R	3	P	D	R				

**b. Registro de acciones desarrolladas**

**Consulta médica:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: consulta medica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab del diagnóstico se colocará el número 2 "siempre".
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	N	C	1. Dependencia de alcohol	P	D	R	2			F102			
											2. Consulta médica	P	D	R	2			99215			
											Hb	R	R	3	P	D	R				

Cuando el usuario(a) ingresa al programa de continuidad de cuidados, el coordinador del programa registrará "Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave" con el código 99207.09 y en el 1er casillero lab registrará "IA".



DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										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: / /									
8	67554986	2	Lima	28	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Dependencia de alcohol	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2			F102	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	IA				99207.09
	8765				<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3		P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R				

### Evaluación Integral interdisciplinaria:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Reunión con equipo interdisciplinario para formulación de Plan individualizado
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" cuando se define el diagnóstico del usuario (a). Para la continuidad de las prestaciones se marcarán "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad se registrará el número "2" siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de sesión (1, 2 ó 3)
- En el 2º casillero lab de la 2da actividad anote el número correspondiente al profesional que participa en la formulación del plan individualizado.

Valor lab	Descripción
1	Médico psiquiatra
2	Psicólogo(a)
3	Enfermero(a)
4	Trabajador(a) social
5	Medico de familia
6	Otros

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA-BLEC	SER-VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										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: / /									
8	73276304	2	Lima	10	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Dependencia de alcohol	P	D	<input checked="" type="checkbox"/>	2			F102	
					<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.	Reunión con equipo interdisciplina	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1			99366
	8956				<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb		R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					

Cada profesional **registrará individualmente** su participación en la formulación del plan individualizado.

### Intervención individual:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención individual de salud mental
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número "2" siempre**.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Dependencia de alcohol	P	X	R	2		F102		
							TALLA		X	C	2	Intervención individual de salud mental	P	X	R	6		99207.01		
							Hb		R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	X	R			99207.09		

**Intervención familiar:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención familiar
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número "2" siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Dependencia de alcohol	P	X	R	2		F102		
							TALLA		X	C	2	Intervención familiar	P	X	R	2		C2111.01		
							Hb		R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	X	R			99207.09		

**Psicoeducación:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoeducación
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número "2" siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad note el número de sesión (1, 2,...ó 4) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102		
							TALLA		X	C	2	Psicoeducación	P	D	R	3		99207.04		
							Hb		R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R			99207.09		

**Psicoterapia individual:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Psicoterapia individual
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R".

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número “2” siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102		
							TALLA		X	C	2	Psicoterapia individual	P	D	R	8		90806		
							Hb		R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R			99207.09		

**Visita Domiciliaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Visita domiciliaria
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número “2” siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102		
							TALLA		X	C	2	Visita domiciliaria	P	D	R	3		C0011		
							Hb		R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	R			99207.09		

**Intervención social:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de diagnóstico que corresponda a la persona usuaria según manual CIE 10, por ejemplo de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Atención de servicio social
- En el 3º casillero anote la actividad que se desarrolla según corresponda (99210.01, 99210.02, 99210.03 ó 99210.04)
- En el 4º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el **número “2” siempre**.
- En el 1º casillero lab de la de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /	
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO		N	X	1	Dependencia de alcohol	P	D	X	2		F102		
							TALLA		X	C	2	Atención de servicio social	P	D	R	3		99210		
							Hb		R	R	3	Valoración social	P	D	R	2		99210.03		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
					A	M	PC	PESO		N	N	1	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	D	X			99207.09	
					M			TALLA		C	C	2		P	D	R				
					D	F	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R				

En el registro de la Intervención social **siempre** se registrara como 2da actividad la Atención de servicio social debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde independientemente de la 3era actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la **3º sesión de la Atención de servicio social**.

**Intervenciones de integración socio comunitaria:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Intervención en grupo de salud mental
- En el 3º casillero anote la actividad que se desarrolla según corresponda (C0012, 99401.21, 99207.02, C3121, C3131 ó C3031)
- En el 4º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número “2” siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3era actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
8	67554986		2	Lima	28	A	PC	PESO	N	X	1	Dependencia de alcohol	P	D	X	2			F102	
						X		TALLA	X	X	2	Intervención en grupo de salud mental	P	X	R	6			99207.02	
	8765					D	F	Pab	Hb	R	R	3	Sesión de Grupo de ayuda mutua	P	X	R	4		C0012	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
						A	M	PC	PESO	N	N	1	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	X	R			99207.09	
						M		TALLA	C	C	2		P	D	R					
						D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R				

En el registro de las Intervenciones de integración socio comunitaria **siempre** se registrara como 3º actividad Intervención en grupo de salud mental debiendo seguir la numeración de sesiones que corresponde independientemente de la 4º actividad. Se considera actividad cumplida cuando se realice la **10ma sesión de Intervención en grupo de salud mental**

**Intervenciones del gestor de caso:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Dependencia de alcohol (F102)
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Supervisión
- En el 3º casillero anote Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número “2” siempre.
- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...ó 6) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º					
	ETNIA CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
15	67554986	2	Lima	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Dependencia de alcohol	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			F102	
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2	Supervisión	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C7002
	8765				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb			R	R	3	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

Quando el usuario(a) termina el programa de continuidad de cuidados, el coordinador del programa registrará "Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave" con el código 99207.09 y en el 1er casillero lab registrará "TA".

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º					
	ETNIA CENTRO POBLADO																					
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
8	67554986	2	Lima	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1	Dependencia de alcohol	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			F102	
				<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	C	2	Continuidad de cuidados a personas con trastorno mental grave	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R	TA			99207.09
	8765				<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab	Hb			R	R	3		P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	R			

## 7.6. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hospitales

### a. Definición operacional

Corresponde al tratamiento integral con internamiento y hospitalización, brindado a personas con síndrome o trastorno psicótico con la finalidad de la estabilización clínica por encontrarse en situación de emergencia psiquiátrica, o por encontrarse en condición de agudización o re agudización de sus síntomas. Se realiza en apoyo a los servicios de salud mental comunitaria y se realiza excepcionalmente cuando los recursos de la intervención comunitaria se han agotado. Esta actividad es desarrollada por equipo de profesionales y técnicos con competencias.

El tratamiento con internamiento a personas en situación de emergencia psiquiátrica comprende su admisión en un establecimiento de salud para recibir atención inmediata, específica y constante que por un periodo no mayor de doce (12) horas, por presentar una condición repentina e inesperada, asociada a trastornos psicóticos, que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el usuario.

El tratamiento con internamiento a personas en condición de agudización o re agudización corresponde a su hospitalización en establecimientos de salud con camas de hospitalización.

Las intervenciones que incluye el internamiento y la hospitalización se planifican de acuerdo a la complejidad del caso, constituyéndose por el número necesario para la estabilización clínica y derivación a atención ambulatoria con seguimiento, de las siguientes intervenciones (considerar las definiciones operacionales consignadas a nivel de Producto para los casos correspondientes):

- Admisión, evaluación, diagnóstico y plan terapéutico.
- Alojamiento y alimentación.
- Atención médica en internamiento y hospitalización.
- Cuidado de enfermería integral y permanente.
- Intervenciones individuales.
- Intervenciones familiares.
- Psicoeducación.
- Intervenciones de integración socio comunitaria.

### b. Registro de acciones desarrolladas

La fuente de información para el tratamiento con internamiento de salud mental es el Aplicativo SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).

- El proceso para el registro de estos pacientes será el siguiente:
- El ingreso al internamiento u hospitalización será por emergencia o consulta externa.
- La fuente de datos para el diagnóstico (casos tratados) será el SEEM (Sistema Integrado de Egresos y Emergencias).
- Las demás actividades señaladas en el paquete de atención, de acuerdo al diagnóstico, serán registradas en HIS de manera individual en la fecha en que se realizan, inclusive si estas son realizadas mientras el (la) paciente estuviera en el internamiento:
  - Consulta médica
  - Evaluación integral interdisciplinaria
  - Intervenciones breves
  - Alta

## 7.7. Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico en hogares protegidos

### a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones que se brinda a personas entre 18 y 65 años, con síndromes o trastornos psicóticos en condición de discapacidad psicosocial, atendidas en un hospital o en centro de salud mental comunitario y que se encuentran en situación de abandono socio familiar, con la finalidad de dar continuidad al cuidado que se inició en un hospital o en un centro de salud mental comunitaria: Los usuarios son admitidos por la Comisión de Salud Mental de la jurisdicción, que valora la pertinencia de integrar a la persona al hogar, de acuerdo a los criterios (NTS 140-MINSA/2018/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos, aprobada por la Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA).

Los cuidados son brindados por personal técnico de enfermería capacitado, con la supervisión continua de un profesional de enfermería capacitado y con el apoyo del equipo interdisciplinario del centro de salud mental comunitario y del hospital del territorio en el que se encuentra ubicado.

Las intervenciones en el hogar protegido son:

- Promoción del auto cuidado personal. Están orientadas al cuidado y mantenimiento de la propia salud y bienestar: aseo, actividad física, etc.
- Desarrollo de habilidades para actividades de la vida diaria. Son aquellas que permiten la interacción de la persona con el medio/entorno que lo rodea, cuidado del hogar.
- Promoción de la integración socio comunitaria: integración social incluyendo actividades de autocuidado, de la vida diaria, relaciones sociales, integración comunitaria, ocio y tiempo libre.
- Apoyo a la reintegración laboral, implica la motivación o estímulo para el desarrollo de actividades ocupacionales con cada residente, así como, la identificación de las redes sociales o de soporte con las cuales puede interactuar con este propósito.

### b. Registro de acciones desarrolladas

#### Coordinador (a) del hogar protegido

#### Ingreso de usuario

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra “IA” (Ingreso al hogar)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	C	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201	
												2	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R	IA			Z742
												3		P	D	R				

### Formulacion de Plan individualizado de cuidado

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Reunión de equipo interdisciplinario (Plan de Atención individualizado -PAI)
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcará “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de reunión (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
8	73276304	2	Lima	35	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201	
												2	Reunión con equipo interdisciplinario (PAI)	P	D	R	2			99366
												3	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R				Z742

### Monitoreo del Plan individualizado de cuidado

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Monitoreo
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” siempre. En el caso de los procedimientos se marcará “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3... ó 56) 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
8	73276304	2	Lima	35	M	PC	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R			F201	
												2	Monitoreo	P	D	R	22			C7001
												3	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R				Z742

**Capacitación a cuidadoras**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote Sesión educativa para cuidadores
- En el 2º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D”

- En el 1º casillero lab de la 1da actividad se registra número de sesión (1, 2, 3...ó 24) y en el 2º lab número de personas capacitadas

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
8	APP100			Samegua		A	M	PC	PESO		N	N	1	Sesión educativa para cuidadores	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	8		C2063	
						M			TALLA			C	C	2.	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z742
						D			Hb			R	R	3		P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			

**Movilización de redes de apoyo:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad.
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcara “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /				
8	73276304		2	Lima	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D				F201	
						<input checked="" type="checkbox"/>	M		TALLA			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			C1043
						<input checked="" type="checkbox"/>	D		Hb			R	R	3	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z742

**Reuniones de participación comunitaria y empoderamiento social:**

Son las reuniones dirigidas a conectar al residente con la comunidad a través de las organizaciones locales para contribuir a su reinserción social y laboral (clubes, programas del gobierno local, entre otros).

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcara “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304	Lima	2	35	M	PC	Pab	PESO	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R				F201	
								TALLA			2.	Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social	P	D	R	2				C3001
	Hb							R	R	3	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar.	P	D	R					Z742	

### De la administración de medicamentos

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Atención de enfermería en I nivel de atención (Administración de Tratamiento)
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcara “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2, 3... ó 56) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304	Lima	2	35	M	PC	Pab	PESO	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R				F201	
								TALLA		C	C	2.	Atención de enfermería en I nivel de atención (Administración de Tratamiento)	P	D	R	15			
	Hb							R	R	3	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar	P	D	R					Z742	

### Gestiones para la alta del usuario del hogar protegido

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “R” **siempre**. En el caso de los procedimientos se marcara “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	73276304	Lima	2	35	M	PC	Pab	PESO	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R				F201	
								TALLA			2.	Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería	P	D	R	3				99316
	Hb							R	R	3	Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar.	P	D	R					Z742	

En caso el usuario sea reinsertado (egreso) se anotara "TA" en el 1° casillero de las 2da 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º																
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
8	73276304	2	Lima	35	M	PC	Pab	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R	TA	F201																	
																				8956	35	M	PC	Pab	PESO	TALLA	Hb	N	N	2	Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería	P	D	R	TA	99316

### Coordinadora y/o personal de acompañamiento

Actividades que desarrolla:

Código	Descripción
99401.19	Consejería para el autocuidado
C3111	Sesiones demostrativas de estilo de vida saludable y ambientes saludables
C3131	Sesiones educativas para el empoderamiento de los derechos en salud de la población
C3141	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
C6114	Sesiones demostrativas sobre inocuidad alimentaria (buenas prácticas de manipulación y almacenamiento de alimentos)
C2062	Orientación Familiar
97530	Actividades terapéuticas, contacto directo (uno a uno) entre el paciente y la persona encargada (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos
97535	Entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar (Ejemplo: actividades cotidianas (ADL)) y entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad, e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos
97537	Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo (Ejemplo: compras, transporte, manejo de dinero, actividades y/o trabajo no vocacionales, análisis del entorno y su modificación, análisis de las tareas del trabajo, uso de dispositivos tecnológicos /equipo de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos
99402.17	Consejería de actividad física
99082	Viajes fuera de lo habitual (p. ej. para transportar y acompañar al paciente)

### Registro de actividades

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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 de Esquizofrenia hebefrenica (F201)
- En el 2º casillero anote el procedimiento según corresponda por ejemplo Consejería para el autocuidado
- En el 3º casillero anote Problemas relacionados con necesidad de asistencia domiciliaria y que ningun otro miembro del hogar puede proporcionar

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R" siempre. En el caso de los procedimientos se marcara "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad se registra número de la actividad realizada (1, 2 ó 3)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º																
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
8	73276304	2	Lima	35	M	PC	Pab	PESO	TALLA	Hb	N	N	1	Esquizofrenia hebefrenica	P	D	R	2	F201																	
																				8956	35	M	PC	Pab	PESO	TALLA	Hb	R	R	2	Consejería para el autocuidado	P	D	R	2	99401.19

## 7.8. Rehabilitación psicosocial.

### a. Definición operacional

Es el conjunto de intervenciones múltiples e interdisciplinarias para personas afectadas por síndromes o trastornos psicóticos y trastornos mentales graves, cuyo objetivo esencial es ayudarlas a recuperar o a adquirir las capacidades y habilidades para una vida cotidiana e integrada en su comunidad de la manera más autónoma, digna, con ejercicio de ciudadanía y con un desempeño, lo más óptimo posible, en las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. Se realizan en centros de salud mental comunitaria, centros de rehabilitación psicosocial y centros de rehabilitación laboral.

En cada encuentro con el usuario y/o su familia, ya sea en el ámbito intra o extramural, se realizan más de una intervención maximizando los recursos disponibles, por profesionales o técnicos de acuerdo a sus correspondientes competencias: terapia ocupacional, terapia de lenguaje, enfermería, terapia física, trabajo social, personal técnico, voluntarios y agentes o expertos comunitarios.

Las intervenciones se desarrollan en modalidad individual y/o grupal, por un período mínimo de dos (02) años y se listan a continuación:

- Intervenciones de rehabilitación psicosocial:
  - Entrenamiento para la autosuficiencia.
  - Entrenamiento en habilidades de la vida diaria (auto cuidado y manejo del hogar).
  - Taller de habilidades sociales.
  - Visita domiciliaria para el entrenamiento en habilidades de la vida diaria y cuidado :
  - Rehabilitación cognitiva.
  - Terapia de lenguaje.
  - Actividad física.
  - Intervenciones con el uso de arte y otros recursos expresivos.
  - Intervenciones para la reducción del estigma hacia las personas con trastornos mentales.
- Intervenciones de integración socio comunitaria: Grupos de ayuda mutua, clubes psicosociales, redes de apoyo y soportes, acompañamiento de expertos comunitarios, incluyendo actividades sobre el autocuidado, la vida diaria, las relaciones sociales, ocio y tiempo libre, des- estigmatización y participación.
- Apoyo y asesoramiento a sus familias. Acompañamiento para fortalecer la asociatividad, organización, otras acciones de empoderamiento, des-estigmatización, liderazgo y participación.

### b. Registro de acciones desarrolladas

#### Intervenciones de rehabilitación psicosocial

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Esquizofrenia hebefrenica (F201) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote Atención en salud mental
- En el 3º casillero anote la intervención de rehabilitación psicosocial realizada con el usuario, por ejemplo terapia del lenguaje

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 2da actividad anote el número de sesión (1, 2, ...) según corresponda.
- En el 1º casillero lab de la 3era actividad anote el número de sesión (1, 2, ...) según corresponda. Cuando se ha finalizado el proceso de rehabilitación se colocará "TA"

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											P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*) FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	X				F201			
						M		TALLA	X	C	2. Atención en salud mental	P	D	R	8			99207			
	8765					D	Pab	Hb	R	R	3. Terapia de lenguaje	P	D	R	2			97009			

*Se debe realizar como mínimo 10 sesiones de rehabilitación psicosocial. Cuando las intervenciones programadas se hayan cumplido, se colocará en el valor del 1° lab de la segunda actividad TA*

## 7.9. Rehabilitación laboral

### a. Definición operacional

Conjunto de intervenciones que atienden a las diferentes necesidades de las personas con trastornos mentales para la reintegración y sostenibilidad laboral. Implica favorecer la recuperación o adquisición de conocimientos, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral normalizado (empleo en empresas u otras instituciones o autoempleo) o en empleo protegido.

Las intervenciones en modalidad individual y/o grupal se listan a continuación:

- Intervenciones de rehabilitación laboral:
  - Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo.
  - Orientación Vocacional
  - Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral.
  - Entrenamiento en asertividad laboral.
  - Entrenamiento para la inserción: Técnicas de Búsqueda de Empleo.
  - Asesoría para empleadores
  - Reinserción socioproductiva y seguimiento comunitario: Búsqueda activa de empleo, trabajo protegido, autoempleo y mantenimiento en el mercado laboral comunitario.
  - Acompañamiento de incorporación a espacios laborales Intervención con familias en el proceso de rehabilitación.

### b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI del usuario

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

- En el 1º casillero anote diagnóstico de Esquizofrenia hebefrenica (F201) según manual CIE 10
- En el 2º casillero anote la intervención realizada con el usuario: Entrenamiento para la inserción laboral

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero lab de la 1era actividad anote el número de sesión (1, 2, ...) según corresponda. Cuando se ha finalizado el proceso de rehabilitación se colocará "TA"

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										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
8	67554986	2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1. Esquizofrenia hebefrenica	P	D	X				F201		
					M		TALLA	X	C	2. Entrenamiento para la inserción laboral	P	X	R	7			97537.01		
	8765				D	Pab	Hb	R	R	3	P	X	R						

Se debe realizar como mínimo 10 sesiones de rehabilitación laboral. Cuando las intervenciones programadas se hayan cumplido, se colocará en el valor del 1° lab de la segunda actividad **TA**

## IX. COMUNIDADES CON POBLACIONES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA ATENDIDAS

Descripción de la actividad	Código	Denominación del procedimiento
Análisis de la Situación de salud	C0071	Análisis de la situación de salud. Identificación de necesidades de salud de la población con participación de la comunidad
Acompañamiento psicosocial	99207.07	Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política
Reconstrucción de la identidad colectiva	C0006	Taller comunitario
Intervención en grupo	99207.02	Intervención en grupo de salud mental
	Z654	Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura

### 8.1. Fortalecimiento de redes de apoyo psicosocial

#### a. Definición operacional

Comprende, mínimamente de 06 reuniones de trabajo con actores sociales y líderes comunales, cada una de una duración de 4 a 5 horas, llevadas a cabo cada 15 días (3 meses) y organizadas según el siguiente detalle:

Actividad	Descripción
Primera reunión	Presentación y sensibilización a líderes, organizaciones de base y población en general.
Segunda reunión	Diagnóstico comunitario con todos los actores sociales a través de lluvia de ideas, trabajo en grupo o collage.
Tercera reunión	Priorización de necesidades con actores sociales.
Cuarta reunión	Análisis FODA con los actores sociales.
Quinta reunión	Conformación de la red de apoyo psicosocial.
Sexta reunión	Presentación del diagnóstico comunitario a la comunidad y el informe al jefe del establecimiento.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad  
En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote Análisis de la Situación de salud
- En el 2º casillero anote Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de reunión (1, 2, ... ó 6)

DIA	D. N.I. HISTORIA CLINICA GESTANTE/PUERPERA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA ETNIA CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
											P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
15	APP 108		Samegua	28	M	PC	PESO	N	N	1 Análisis de la Situación de salud	P	D	R	6			C0071
					M		TALLA	C	C	2. Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura	P	D	R				Z654
					F	Pa b	Hb	R	R	3	P	D	R				

### 8.2. Acompañamiento psicosocial a comunidades víctimas de violencia política

#### a. Definición operacional

Actividad se realiza mínimamente en 6 reuniones, de 4 a 5 horas de duración, cada 15 días (3 meses) y está dirigida a las comunidades que se encuentran inscritas en el RUV. Es desarrollada en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención (incluye los CSMC) y en los hospitales (II-1 y II-2).

Este proceso se inicia después de tener formulado el diagnóstico comunitario, con la priorización de las necesidades y el FODA de las comunidades que se esta interviniendo. Consiste en la selección de 03 necesidades prioritarias relacionadas a hechos traumáticos (procesos forenses por desapariciones forzadas, stress post traumático, violencia familiar, consumo de alcohol y otros) y se desarrolla un plan de intervención comunitaria determinando estrategias a implementar frente a los acontecimiento traumático (antes, durante y después).

### b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de sesión (1, 2, ... ó 6)

Actividad	Descripción
Primera reunión	Dinámica para romper el hielo, presentación de los miembros del grupo y sus expectativas.
Segunda reunión	Se conforman grupos de trabajo por afinidad y se determina un representante, se elabora el plan de intervención en relación al hecho traumático, cada miembro del grupo participa brindando posibles acciones que se deben desarrollar, y es expuesta por el líder, fomentando la discusión y la crítica constructiva para afinar las estrategias de intervención.
Tercera reunión	Cada participante relata su testimonio del hecho traumático (Escucha activa del grupo)
Cuarta reunión	Se trabajan dinámicas grupales de cohesión de grupo y trabajo en equipo
Quinta reunión	Cada participante informara ante el grupo que cambios a observado en su vida en los últimos 3 meses
Sexta reunión	Cada participante presenta en un papelote su proyecto de vida, en persona, familia y comunidad

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	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		
											P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	APP 108		Samegua	28	M	PC	PESO	N	N	1	Acompañamiento psicosocial a víctimas de violencia política	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6			99207.07	
					M		FALLA	C	C	2.		P	D	R					
					D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R				

## 8.3. Reconstrucción de la identidad colectiva

### a. Definición operacional

Consiste en intervenciones que ayudan a la comunidad afecta o con secuelas de la violencia política a reconstruir su identidad colectiva mediante acciones que generan productos que son socializados por la autoridad local en un acto público en una fecha simbólica, por ejemplo: 28 de agosto, 30 de agosto, 10 de diciembre.

Actividad	Descripción
Primera reunión	Narraciones orales del primer grupo referente a lo vivido en la comunidad que les genera dolor y recuerdos nostálgicos de alegría.
Segunda reunión	Narraciones orales del segundo grupo referente a lo vivido en la comunidad que les genera dolor y recuerdos nostálgicos de alegría
Tercera reunión	Primer grupo: A través del uso de colores, crayolas y plastilina recordamos un hecho significativo para la comunidad.
Cuarta reunión	Segundo grupo: A través del uso de colores, crayolas y plastilina recordamos un hecho significativo para la comunidad
Quinta reunión	Reconstruimos la historia de las costumbres y vivencias de la comunidad haciendo el collage.
Sexta reunión	Se plasma la memoria colectiva en un documento presentado a las autoridades locales en un acto público en una fecha simbólica.

### b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Taller comunitario
- En el 2º casillero anote Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de sesión (1, 2, ... ó 6)

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										GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R		1º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
15	APP 108		Samegua	28	A	M	PC	PESO	N	N	1	Taller comunitario	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6		C0006
					M			TALEA	C	C	2.	Víctima de crimen o terrorismo, incluyendo tortura	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z654
					D	F	PdB	Hb	R	R	3		P	D	R			

## X. POBLACIÓN EN RIESGO QUE ACCEDE A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
C2111.02	Taller en prevención familiar de conductas de riesgo en adolescente familias fuertes: Amor y límite
99207.02	Intervención en grupo de salud mental
96150.05	Aplicación del cuestionario de habilidades sociales
99401.15	Consejería en habilidades sociales
Z734	Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
90872	Taller de habilidades sociales
99207.08	Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

### 9.1. Prevención de conductas de riesgo en adolescentes y sus familia. Familias fuertes: amor y límites

#### a. Definición operacional

Son un conjunto de intervenciones que incluyen el entrenamiento de habilidades parentales, manejo de conducta, disciplina y mejora del manejo familiar con el objetivo de prevenir conductas de riesgo promoviendo la comunicación entre padres e hijos. Es desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención y está dirigido a niñas, niños a partir de los 10 años hasta adolescentes de 14 años. El taller consiste en siete sesiones con un grupo máximo de 15 niños y/o adolescentes juntos con sus respectivos padres o cuidadores. Puede ser desarrollada en el establecimiento de salud u otro que cuente con las condiciones para desarrollar la actividad

Con adolescentes	Con padres	Adolescentes y padres
1º Tener objetivos y sueños	1º Amor y límites: estilos de crianza	1º Apoyar los objetivos y sueños
2º Apreciar a los padres	2º Establecer reglas en la casa	2º Promover la comunicación en la familia
3º Hacer frente al estrés	3º Estimular el buen comportamiento	3º Aprecio a los miembros de la familia
4º Obedecer las reglas	4º Utilización de las sanciones	4º Empleo de las reuniones familiares
5º Hacer frente a la presión de los compañeros	5º Establecer vínculos	5º Comprender los principios de la familia
6º La presión del grupo y los buenos amigos	6º Protección sobre los comportamientos de riesgo	6º Las familias y la presión de los compañeros
7º Ayudar a otros.	7º Conexiones con la comunidad.	7º la recapitulación de todo lo trabajado.

#### b. Registro de acciones desarrolladas

De las sesiones con niñas, niños y adolescente (registro individual):

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña, niño o adolescente

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

- En el 1º casillero anote Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias. Familias fuertes: Amor y límite

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”  
 En el ítem Lab de la Primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 7)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
8	04453575		2	Lima	15	A	M	PC		PESO		N	N	1	Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias familias fuertes: Amor y límite	P	<del>D</del>	R	7			C2111.02	
						M				TALLA		<del>C</del>	<del>C</del>	2.		P	D	R					
	5875					D	F	Pa b		Hb		R	R	3		P	D	R					

**De las sesiones con padres:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP146 Actividades con padres

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

- En el 1º casillero anote Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. Familias fuertes: Amor y límite

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra número de sesión (1, 2, ... ó 7)
- En el 2º casillero se registra número de total de participantes

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
15	APP 146			Samegua		A	M	PC		PESO		N	N	1	Taller en prevención de conductas de riesgo en adolescente y sus familias familias fuertes: Amor y límite	P	<del>D</del>	R	7	14		C2111.02	
						M				TALLA		C	C	2.		P	D	R					
						D	F	Pa b		Hb		R	R	3		P	D	R					

*Las sesiones con adolescentes se registrarán “Individualmente” por cada sesión. Las sesiones con los padres de registrarán de forma “grupal”. Se considera actividad cumplida con 7ma sesion.*

**9.2. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos**

**a. Definición operacional**

Intervenciones llevadas a cabo por el personal de la salud capacitado (médico, psicólogo, enfermera, obstetra o trabajadora social) del primer nivel de atención (I-3 y I-4) con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en adolescente de 12 a 17 años. Son monitoreadas por el profesional de psicología o responsable de salud mental del establecimiento de salud.

Consiste en 10 sesiones de una duración de 45 minutos cada una, con grupos no mayores de 15 integrantes, priorizadas de las 19 que propone el Manual de Habilidades Sociales para Adolescentes Escolares y que se desarrollan en el establecimiento de salud y/o en locales de la comunidad. Las sesiones priorizadas son las siguientes:

Módulo I: Comunicación	Módulo II: Autoestima	Módulo III: Control de la Ira	Módulo V: Toma de decisiones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizando mensajes claros y precisos.</li> <li>• Estilos de comunicación.</li> <li>• Aceptación positiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conociéndonos</li> <li>• Orgulloso de mis logros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando pensamientos que anteceden la ira.</li> <li>• Auto instrucciones.</li> <li>• Pensamientos saludables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mejor decisión.</li> <li>• Proyecto de Vida.</li> </ul>



## b. Registro de acciones desarrolladas

### De la aplicación del cuestionario:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del adolescente

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

- En el 1º casillero anote Aplicación del cuestionario
- En el 2º casillero anote Consejería en habilidades sociales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º									
	CENTRO POBLADO																		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /							
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /										
15	1322			Samegua	15	M	PC	PESO	N	N	1	Aplicación del cuestionario	P	D	R			96150.05								
	TALLA	R						R											2	Consejería en habilidades sociales	P	D	R			99401.15
	Hb																									
04253845				D	Pab																					

*Si en la aplicación del cuestionario da como resultado que el adolescente presenta problemas en sus habilidades sociales se adicionará en la tercera actividad "Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales" (Z734)*

### De las sesiones de los adolescentes:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del adolescente

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

- En el 1º casillero Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
- En el 2º casillero Taller de habilidades sociales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque "D" solo para la primera sesión del taller y para las demás "R"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad se registra el número de sesión (1, 2 .... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º										
	CENTRO POBLADO																		FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: / /													FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /											
13	07458075			Lima	10	M	PC	PESO	N	N	1	Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales	P	D	R			Z734									
	TALLA	R						R											2	Taller de habilidades sociales	P	D	R	10			90872
	Hb																										
5835				D	Pab																						

*Esta actividad se registra de manera individual y para el desarrollo de las sesiones se tomas de referencia la guía educativa. Se considera actividad cumplida con la 10ma sesión.*

## 9.3. Primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis y emergencias humanitarias

### a. Definición operacional

Es una actividad de acompañamiento desarrollada por profesional de la salud capacitado (médico, psicólogo, enfermera, obstetra o trabajadora social). Es desarrollado por el primer nivel de atención (I-3 y I-4 incluyen los centros de salud mental comunitaria) que cuente con profesional en psicología y el II nivel de atención (Hospitales generales).

Esta actividad es desarrollada en el lugar en el que la persona presente la crisis considerando:

- Que se seguro y garantice la confidencialidad del usuario.
- Libre de estímulos aversivos que interfieran con la intervención.

### b. Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del usuario

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

- En el 1º casillero Primeros Auxilios Psicologicos
- En el 2º casillero Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades (Z65.5)
- En el 2º casillero motivo de la intervención:

**En el 3er casillero se puede registrar los factores que influyen en el estado de la salud mental:**

- Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja
- Z63.1 Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
- Z63.2 Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
- Z63.3 Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia (hospitalización)
- Z63.4 Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
- Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- Z636 Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en casa
- Z65.4 Víctima de crimen y terrorismo incluye tortura
- Z65.5 Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
13	07458075		2	Lima	44	M	PC		N	N	1	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				2734		
	5835					F	Pa b	TALLA			2.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				90872		
						D	Hb		R	R	3	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						

Para el registro de los Primeros auxilios psicologicos realizados en el marco de una situación de crisis o emergencia humanitaria, **siempre se adicionará al registro la actividad de Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades (Z65.5).**

## 9.4. Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños

### a. Definición operacional

Actividad desarrollada por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención (I-3 y I-4) con el objetivo de desarrollar habilidades sociales para población de niñas y niños de 08 a 11 años, con una duración de 45 minutos por cada sesión y es monitoreado por un especialista en salud mental. Esta actividad es desarrollada en el establecimiento de salud y/o la comunidad con grupos no mayores de 15 integrantes. Los temas a desarrollar por módulo son los siguientes:

Módulo	Temas de la Sesión
Módulo I: Habilidades relacionadas a los derechos y deberes de las niñas y niños	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conociendo y practicando mis derechos.</li> <li>• Conociendo y practicando mis deberes.</li> </ul>
Módulo II: habilidades básicas relacionadas a la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando estilos de comunicación</li> <li>• Practicando mi comunicación asertiva.</li> </ul>
Módulo III: Habilidades relacionadas a los sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando y expresando mis emociones.</li> <li>• Aprendiendo a valorarme.</li> </ul>
Módulo IV: Habilidades alternativas a la agresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconociendo las consecuencias de una conducta agresiva.</li> <li>• Mensajes internos para calmar la ira.</li> </ul>
Módulo V: Habilidades para el manejo de estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando situaciones que me producen estrés.</li> <li>• Enfrentando la presión del grupo.</li> </ul>

## b. Registro de acciones desarrolladas

### De la aplicación del cuestionario:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI de la niña o niño

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

- En el 1º casillero anote Aplicación del cuestionario (96150.05)
- En el 2º casillero anote Consejería en habilidades sociales (99401.15)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	1322			Samegua	11	M	PC	PESO		N	N	1	Aplicación del cuestionario	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				96150.05	
	04253845					F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Consejería en habilidades sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99401.15	
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

Si en la aplicación del cuestionario da como resultado que la niña, niño o adolescentes presenta problemas en sus habilidades sociales se adicionará “Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales” (Z734) en la tercera actividad.

### De las sesiones con las niñas y niños:

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1º casillero Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales
- En el 2º casillero Taller de habilidades sociales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque “D” solo en la primera sesión y en las demás sesiones “R”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de sesión (1, 2 .... ó 10) 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º				
	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:													(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
13	07458075		2	Lima	10	M	PC	PESO		N	N	1	Problemas relacionados con déficit en habilidades sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z734	
	5835					F	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Taller de habilidades sociales	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			90872	
						D		Hb		R	R	3		P	D	R					

Esta actividad será registrada de manera individual y para el desarrollo de las sesiones se toma de referencia la guía educativa. Se considera actividad cumplida con la 10ma sesión.

## XI. FAMILIAS CON CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
C0002	Reunión con institución educativa
C0003	Reunión de comunidad
C0005	Taller para institución educativa
C0006	Taller para la Comunidad
C0007	Taller para la Familia
C0011	Visitas familiares integrales
C2111	Taller psicoeducativo grupal
C3051	Constitución de Comités de Salud
C7001	Reunión de Monitoreo
C7003	Reunión de Evaluación
99207.02	Intervención en grupo de salud mental
99401.25	Consejería en pautas de crianza y buen trato
99401.29	Consejería en convivencia saludable en pareja
99402.14	Promoción del buen trato y salud mental
APP 093	Actividad con institución educativa
APP 108	Actividad en comunidad
APP 136	Actividad con Familia
APP 138	Actividad con Agentes Comunitarios de Salud
APP 144	Actividad con Docentes
APP 150	Actividad con autoridades y líderes comunales
APP 151	Actividad con Mujeres
APP 166	Actividades con Líderes Escolares

### 10.1. Madres, padres y cuidadores/as con apoyo en estrategias de crianza y conocimientos sobre el desarrollo infantil

#### a. Definición operacional:

Se refiere a la intervención que se realiza en aquellas familias con niños menores de cinco años. El personal de salud capacitado (psicología, enfermería o trabajadora social) realiza sesiones educativas en las visitas domiciliarias a las familias. Se considera familias intervenidas cuando se completan las 03 sesiones programadas según edad del menor. Cada visita tiene una duración de 45 minutos efectivos en el hogar de la familia. Es desarrollada por establecimientos de salud del I-2 al I-4. Para el desarrollo de las visitas domiciliarias se deberá tener en cuenta lo siguiente:

EDAD DEL NIÑO (A)	FRECUENCIA	TEMAS
<b>Niñas y niños entre 0 a 12 meses</b>	1° Visita: 7 días después del parto. 2° Visita: entre los 2 y 6 meses. 3° Visita: entre los 7 y 12 meses.	Cuidado psicoafectivo (con énfasis en el apego seguro de madre e hijo), Detección precoz de la depresión post parto (primera semana de nacimiento del menor) Apoyo a la madre y el padre, rol de los padres y buenas prácticas de crianza.
<b>Niñas y niños entre 13 y 24 meses</b>	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Orientaciones en establecimientos de límites, gestión de las emociones y construcción de la identidad
<b>Niñas y niños entre 25 y 36 meses</b>	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Orientaciones para la construcción de la autonomía y el autocuidado
<b>Niñas y niños entre 37 a 48 meses</b>	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Prácticas para la convivencia saludable con énfasis en comunicación asertiva y derecho al juego
<b>Niñas y niños entre 49 a 60 meses</b>	Debe haber un intervalo de 2 meses mínimo entre cada visita	Orientación en prácticas para la Convivencia Saludable con énfasis en habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos



**RECUERDE:** El tema a abordar será el correspondiente a la edad de la niña(o), tal como se menciona líneas arriba.

**b. Registro de las actividades desarrolladas:**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del niño (a)

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

- En el 1º casillero Visitas familiares integrales
- En el 2º casillero Consejería en pautas de crianza y buen trato

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de visita familiar (1, 2 ó 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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___)			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
13	07458075		2	Lima	11	M	PC	PESO	N	N	1	Visita familiar integral	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			C0011	
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2	Consejería en pautas de crianza y buen trato.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			99401.25			
	Hb	R						R	3		P	D	R							
	5835					D	F	Pab												

**Recuerde:** Para las actividades de Promoción de la salud dirigidas a la familia se debe tener presente que se considerará paquete cumplido cuando se realice la 3era Consejería en pautas de crianza y buen trato y la 3era visita familiar integral, de acuerdo a la edad de cada niño/a.

**10.2. Parejas con consejería en la promoción de una convivencia saludable****a. Definición operacional:**

Se refiere a la intervención con parejas mediante sesiones de consejería para adquirir habilidades que permitan comprender y resolver los conflictos y tensiones que favorezcan la promoción de una convivencia saludable. Es realizada por un profesional de la salud capacitado (psicólogo, enfermera, obstetra o trabajadora social), quien implementará las estrategias necesarias para la convocatoria de las parejas que participarán en el taller.

**b. Registro de las actividades desarrolladas:****Coordinación con organizaciones de la comunidad**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 108 Actividad en comunidad

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

- En el 1º casillero anote Reunión en comunidad (C0003)
- En el 2º casillero anote Consejería en promoción del buen trato y salud mental (99402.14)

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra 1 ó 2 (número de reunión)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º			
	ETNIA CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___)			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ___/___/___			FECHA DE ULTIMA REGLA: ___/___/___		
15	APP 108		2	Samegua	11	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión en comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			C0003	
	TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.14				
	Hb	R						R	3		P	D	R							
					D	F	Pab													

**Taller de Consejería en convivencia saludable en pareja (registro individual)**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica

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

- En el 1º casillero: Intervención en grupo de salud mental
- En el 2º casillero: Consejería en convivencia saludable en pareja

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra el número de sesión del taller que se ha desarrollado (1, 2, 3 ó 4) 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										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	09865765	2	Samegua	38	M	PC	PESO	N	N	1	Intervención en grupo de salud mental	P	D	R	3			99207.02	
					M		TALLA	C	C	2	Consejería en convivencia saludable en pareja	P	D	R					99401.29
	5438				D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R				

**Cuando se concluya cada sesión del Taller de Consejería en convivencia saludable también se registrará de manera grupal**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 136 Actividades con Familia

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

- En el 1º casillero Taller para la Familia
- En el 2º casillero Consejería en convivencia saludable en pareja

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra el número de sesión del taller que se ha desarrollado (1, 2, 3 ó 4) según corresponda.
- En el 2º casillero se registra el número de parejas que han participado de la sesión.

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										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:											(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /		
15	APP 136	2	Samegua	38	A	M	PC	PESO	N	N	1	Taller para la Familia	P	D	R	3	8	C0007	
					M		TALLA	C	C	2	Consejería en convivencia saludable en pareja	P	D	R					99401.29
					D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R				

**Recuerde:** Se considera actividad cumplida cuando de desarrolle y registre la cuarta sesión. Se deberá realizar ambos tipos de registro (individual y grupal) al cierre de cada sesión.

### 10.3. Líderes adolescentes promueven la salud mental en su comunidad

#### a. Definición operacional:

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud capacitado de la Red/MR o establecimientos de salud según corresponda (psicología, enfermería, obstetra o trabajador social). Para implementar estas acciones, se deberá identificar a los adolescentes (población objetivo) de las comunidades priorizadas que cuenten con el perfil para desarrollar las acciones de vigilancia de problemas de salud mental en sus pares y poder brindar la orientación según corresponda.

Para el desarrollo de esta actividad, el personal de salud deberá realizar las siguientes tareas:

- Identificación de una institución educativa.
- Coordinación con director de institución educativa para presentarle propuesta de intervención y programación de actividades.

#### **Acciones con docentes:**

- Reunión de inducción (02 horas de duración).
- Selección de adolescentes a ser capacitados (entre 15 y 20 personas)

#### **Acciones con los adolescentes:**

- Taller de capacitación (De 02 sesiones de 3 horas cada uno).
- Reunión de monitoreo y acompañamiento (03 reuniones de 1 hora de duración como mínimo con intervalo mensual).
- Reunión de evaluación (1 hora de duración).

**b. Registro de las actividades desarrolladas:****Coordinación con institución educativa**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 093 Actividad con institución educativa

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

- En el 1º casillero anote Reunión con institución educativa.
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero se registra 1 ó 2 (número de reunión)

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
13	APP 93			Samegua		A	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión con institución educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		C0002
						M			TALLA	C	C	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.14
						D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R			

**Reunión de inducción con docentes**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP 144 Actividad con Docentes.

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

- En el 1º casillero anote Taller para institución educativa.
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero se registra 1 ó 2 (número de reunión)
- En el 2º casillero se registra número de participantes en la reunión.

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
13	APP 144			La Victoria		A	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión con institución educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	12	C0005
						M			TALLA	C	C	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.14
						D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R			

**Taller de capacitación a adolescentes líderes**

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica

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

- En el 1º casillero anote Taller psicoeducativo grupal
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero el número de sesión 1 ó 2 según corresponda

DÍA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO 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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
13	09865765		2	Cajamarca	35	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1	Taller psicoeducativo grupal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	CDJ	C2111
	5438					M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.14
						D	F	Pab	Hb	R	R	3		P	D	R				

*Si la actividad es realizada por un Centro de Desarrollo Juvenil se colocará "CDJ" en 2º casillero lab de la primera actividad.*

**Reunión de Monitoreo:**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE: APP166 Actividades con Líderes Escolares  
 En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero Reunión de Monitoreo
- En el 2º casillero Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primer actividad anote:

- En el 1º casillero anote el número de reunión (1,2 ó 3) según corresponda.
- En el 2º casillero anote número de participantes

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										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: ____/____/____									
13	APP 166		Cajamarca		A	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	15		C7001								
					M		TALLA		C	C	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.14								
					F	Pa b	Hb		R	R	3		P	D	R												

**Reunión de Evaluación:**

En el Ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote SIEMPRE APP166 Actividades con Líderes Escolares  
 En el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º casillero anote Reunión de Evaluación
- En el 2º casillero anote Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero el número de reunión 1 ó 2 según corresponda.
- En el 2º casillero anote el número de participantes en la reunión.

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										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: ____/____/____								
13	APP 166		Camaaná		A	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión de evaluación	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	10		C7003							
					M		TALLA		C	C	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.14							
					F	Pa b	Hb		R	R	3		P	D	R											

*Recuerde: Se considera actividad cumplida aquella que se desarrolla con los adolescentes en la 2ª sesión con la reunión de evaluación*



## 10.4. Agentes comunitarios de salud realizan vigilancia ciudadana para reducir la violencia física causada por la pareja

### a. Definición operacional:

Se realiza a través de sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud capacitado (psicología, enfermería, obstetra o trabajadora social) del establecimiento de salud I-2, I-3 y I-4 incluido los Centros de salud mental comunitarios. Está dirigido a las mujeres de las organizaciones comunitarias preferentemente las agentes comunitarias. Estas actividades se realizan en un local comunal o en la que se designe para tales casos. Cada sesión educativa, se realiza con un máximo de 30 personas.

El personal del establecimiento de salud realizará:

1. Incidencia ante las organizaciones comunitarias para la implementación de la vigilancia comunitaria y conformación de redes de apoyo. Una reunión de 45 minutos.
2. Taller que consiste en cuatro sesiones educativas de 90 minutos, dirigido a mujeres líderes de las organizaciones sociales (preferentemente las agentes comunitarias) en temas de liderazgo y promoción de la salud mental, derechos, violencia en la pareja, redes apoyo, resolución de conflictos y conformación conjunta del sistema de vigilancia comunitaria.
3. Monitoreo a la implementación de la vigilancia ciudadana de las organizaciones sociales, se realiza mediante:
  - Una reunión para conocer el registro de familias vulnerables, en la cual se identifican las mujeres y niños de la comunidad víctimas de violencia, y elaborar el cronograma de acciones. Tiene una duración de 1 hora.
  - Reuniones de acompañamiento, durante las cuales, las agentes comunitarias presentan sus casos detectados, estrategias de ayuda empleadas y dificultades que afrontan, lo cual permite la retroalimentación para la mejora de la intervención. Cada reunión (03 como mínimo) tiene una duración de 1 hora como mínimo.

### b. Registro de las actividades desarrolladas:

#### Reunión de Incidencia ante organizaciones comunitarias

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote solo el código APP150 Actividad con autoridades y líderes comunales

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Reunión en comunidad
- En segundo casillero: Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab de la primera actividad se registrará:

- En el 1º casillero el número de participantes.
- En el 2º casillero la fase del proceso "VCO" (vigilancia comunitaria)

DIA	D.N.I. HISTORIA CLINICA	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT												
											P	D	R	1º	2º	3º													
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
13	APP 166		Camaná		A	M	PC		PESO		N	N	1	Reunión de comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	10	VCO				C0003						
					M			TALTA			C	C	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R						99402.14						
					D	F	PaB		Hb		R	R	3		P	<input checked="" type="checkbox"/>	R												

**Taller de capacitación a mujeres de organizaciones comunitarias**

En el ítem: DNI / HC registre: SIEMPRE APP151 Actividad con Mujeres

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En primer casillero: Taller para la comunidad
- En segundo casillero: Promoción del buen trato y salud mental

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” para ambas

En el ítem: Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero anote 1, 2, 3 ó 4 (número de sesión desarrollada) según corresponda.
- En el 2º casillero anote el número de madres guías participantes de la sesión
- En el 3º casillero el tipo de taller “VCO” para indicar vigilancia comunitaria

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(**)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
12	APP151			Camaná		A	M	PC	PESO		N	N	1	Taller para la comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	16	VCO	C0006
						M			TALLA		C	C	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.14
						D	F	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R				

**Monitoreo de la implementación de la vigilancia comunitaria**

En el ítem: DNI / HC registre SIEMPRE APP151 de Actividad con Mujeres

En el ítem: Diagnóstico/motivo de consulta:

- En 1º casillero: Reunión de monitoreo
- En 2º casillero: Promoción del buen trato y salud mental (99402.14)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” para ambas

En el ítem: Lab de la primera actividad anote:

- En el 1º casillero anote el número de reunión de monitoreo 1, 2, 3 ó 4.
- En el 2º casillero anote el “VCO” para indicar vigilancia comunitaria
- En el 3º casillero anote el número de participantes a la reunión.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____													(**)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
13	APP151		2	Camaná	35	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1	Reunión de monitoreo	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	VCO	12	C7001
						M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Promoción del buen trato y salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.14
						D	F	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R				

**Recuerde:** Se considera actividad cumplida al número de mujeres que participan en 03 reuniones de monitoreo.

## XI. ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL RELACIONADAS A PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

### 11.1. Con la comunidad de la jurisdicción

Son aquellas reuniones de trabajo que realiza el personal de salud de los Centros de Salud Mental Comunitaria (Servicio de Participación social y comunitaria), los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención los representantes o líderes comunitarios de su jurisdicción a fin de promover el empoderamiento y la resiliencia comunitaria, a través del fortalecimiento de las capacidades y de los recursos locales para el cuidado mutuo de la salud mental, abogacía y defensa de sus derechos al acceso a servicios de salud mental, incluidas las unidades de hospitalización en el territorio y la vigilancia de sus recursos. Para ello, el personal de salud realizará el acompañamiento en el desarrollo de las siguientes actividades:

#### a. Reuniones con la comunidad:

Cod Lab	Descripción	Actividades
COO	Fase de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mapeo de actores sociales</li> <li>Identificación de las juntas vecinales o líderes comunitarios</li> </ul>
FSE	Fase de sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene por objetivo la concientización de las personas sobre la problemática de salud mental de su comunidad generando interés en ellos para su participación activa en su abordaje.</li> </ul>
FO	Fase de organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene por objetivo la conformación, reactivación o fortalecimiento de su Comité.</li> </ul>
PP	Diagnóstico y Planificación Participativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico comunitario (Análisis específico de determinantes (Identificación de problemas de salud mental de la jurisdicción, Definición de prioridades y FODA)</li> <li>Planificación participativas</li> <li>Estrategias (acciones) de intervención</li> <li>Plan de acción.</li> </ul>
FE	Fase de ejecución	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo de la implementación del plan de acción elaborado</li> </ul>
FEV	Fase de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se evalúa los procesos y resultados de las estrategias/acciones implementadas.</li> </ul>

#### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Reunion con representantes de la comunidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote siglas de la fase correspondiente
- En el 2º casillero anote numero de reunión de la fase en la que se encuentra

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			
											P	D	R	1º	2º	3º				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____		
15	APP 108		Samegua	35	M	PC		N	N	1 Reunión de monitoreo	P	X	R	FO	1			C0003		
					M		TALLA	C	C	2	P	D	R							
					F	Pab	Hb	R	R	3	P	D	R							

#### b. Reuniones de trabajo comunitario (instituciones, mesas de trabajo y organizaciones de la comunidad)

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad

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

- En el 1º casillero anote Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote el número reunión a la cual participa (1,2,3, ...)

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																
	ETNIA CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
15	APP 108			Samegua		A	M	PC	PESO	N	N	1	Coordinaciones con actores de sectores e instituciones en la comunidad	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3			C1043													
																					M	F	Pa b	TALLA	C	C	2	P	D	R			

### 11.2. Con la organización de los asociaciones y comités de familiares y/o usuarios de servicios de salud mental

Son reuniones que realiza el personal de salud con los usuarios y familiares con el propósito de generar agrupaciones dado que propician entre sus miembros la sensación de apoyo emocional, el aumento de información sobre la salud y la enfermedad mental, la mejora de sus habilidades para enfrentar la vida, el fortalecimiento de su identidad como cuidador (a), su capacidad para brindar apoyo, lo que mejora la relación con su familiar afectado y suele mitigar la carga emocional, económica y social. Asimismo, promueve la defensa de los derechos de las personas con problemas de salud mental y la vigilancia ciudadana en salud mental.

Para ello, el personal de salud realizara el acompañamiento en el desarrollo de las siguientes actividades:

#### a. Apoyo a la organización, constitución legal y reconocimiento comunitario y social de usuarios y familiares.

##### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividad con Familia

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

- En el 1º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 2º casillero anote Asistencia técnica

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote número de reunión que se realiza

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	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º																
	ETNIA CENTRO POBLADO																																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____												(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____															
15	APP 136			Samegua		A	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2			C3001													
																					M	F	Pa b	TALLA	C	C	2	P	D	R			

#### b. Formación de facilitadores, usuarios, familiares y otros cuidadores

##### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividad con Familia

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

- En el 1º casillero anote Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
- En el 2º casillero anote

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote número de sesión según corresponda:

COD LAB	DESCRIPCIÓN
1	Derecho a la salud
2	Desestigmatización
3	Empoderamiento
4	Asociacionismo
5	Liderazgo

- En el 2º casillero anote número de participantes

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	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
15	APP 136			Samegua			A	M	PC	PESO	N	N	1	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)	P	<del>D</del>	R	2	8		C3141
							M		TALLA	C	C	2		P	D	R					
							D	F	Psb	Hb	R	R	3		P	D	R				

Para el proceso de capacitación se debe seguir el orden de la secuencia de las temáticas.

### c. Conformación de redes de asociaciones de usuarios y familiares

#### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividades con Familia

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

- En el 1º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 2º casillero anote Constitución de Comités de Salud

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

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	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																					
15	APP 136			Samegua			A	M	PC	PESO	N	N	1	Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social	P	<del>D</del>	R				C3001
							M		TALLA	C	C	2	Constitución de Comités de Salud	P	D	R					C3051
							D	F	Psb	Hb	R	R	3		P	D	R				

**SOLO** en caso se logre conformar el comité de familiares y/o usuarios se registrara el código C3051 Constitución de Comités de Salud

### 11.3. Encuentros de participación comunitaria

Es el desarrollo de actividades con grupos comunitarios que buscan fortalecer los vínculos y la cohesión comunitaria, el apoyo mutuo y la solidaridad mediante acciones de recreación, disfrute de su tiempo libre, animación sociocultural, entre otros. Incluye encuentros con agentes comunitarios, usuarios, familiares, clubes de adolescentes.

#### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP136 Actividad con Familia

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

- En el 1º casillero anote Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero anote número de encuentro según corresponda (1,2, ..)

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										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
15	APP 136		Samegua		A	M	PC		PESO	N	N	1	Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2				C3031
					M			TALLA		C	C	2		P	D	R					
					D	F	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R					

### 11.4. Vigilancia y acompañamiento comunitario (agentes comunitarios de salud)

Son sesiones de entrenamiento, seguimiento y monitoreo a agentes comunitarios en temas de salud mental, con el objetivo de promover la salud mental y proteger a poblaciones vulnerables. Se realiza desde los Servicio de Participación Social y Comunitaria (CSMC) y servicios de salud mental articulando con promoción de la salud de los establecimientos .

COD. LAB	TEMA
1	Promoción de la crianza saludable
2	Primeros Auxilios Psicologicos
3	Prevención conductas de riesgo de problemas de salud mental en las familias.
4	Empoderamiento de los derechos en salud de las personas con discapacidad mental.

#### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP138 Actividad con Agentes Comunitarios de Salud

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

- En el 1º casillero anote Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social
- En el 2º casillero anote Sesión educativa

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad anote número de tema que desarrolla según corresponda (1,2, 3 ó 4)
- En el 1º casillero de la 2da actividad anote número de participantes

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										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																				
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /			FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /			FECHA DE ULTIMA REGLA: / /												
15	APP 136		Samegua		A	M	PC		PESO	N	N	1	Reunión de participación comunitaria y empoderamiento social	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					C3001
					M			TALLA		C	C	2	Sesión educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2	18			C0009
					D	F	Pab	Hb		R	R	3		P	D	R					

## XII. BUENAS PRACTICAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (SERVICIO DE FARMACIA)

Es el proceso dirigido a las personas que presentan un diagnóstico relacionado a un problema o trastorno de Salud Mental que requieren un tratamiento farmacológico indicado por un médico. Es realizado por el profesional químico farmacéutico en los servicios de farmacia de los centros de salud mental comunitaria. Esta actividad comprende la dispensación de psicofármacos a los usuarios y la consejería en el uso racional de medicamentos.

**Dispensación y consejería en uso racional de medicamentos:** Es la entrega de psicofármacos prescritos por el médico brindando la información al usuario o su familia sobre el uso racional de los medicamentos para asegurar su uso en las dosis y cantidades correctas, así como la comprensión del mecanismo de acción, tipo de reacciones adversas, polifarmacia, efectos secundarios, buenas prácticas de almacenamiento, automedicación irracional y riesgos.

### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote DNI e historia clínica del usuario

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

- En el 1º casillero anote Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- En el 2º casillero anote Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos
- En el 3º casillero anote Consejería en uso racional de medicamentos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la 2da actividad anote número de vez que realiza la entrega de los medicamentos según corresponda (1,2, 3,...)

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º		
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																					
8	67554986		2	Lima	28	M	PC	PESO	N	X	1	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	P	D	X			F323				
												TALLA	X	C	2	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	P	X	R	2		99199.05
	8765											Hb	R	R	3	Consejería en uso racional de medicamentos	P	X	R			99401.20

### Consejería en uso racional de medicamentos en sesión grupal:

#### Registro de acciones desarrolladas

En el ítem: Ficha Familiar/Historia Clínica, anote APP108 Actividades con la Comunidad En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:

- En el 1º casillero anote Consejería en uso racional de medicamentos

En el ítem: Tipo de Diagnóstico marque siempre "D"

En el ítem Lab anote:

- En el 1º casillero de la primera actividad anote número de veces que realiza la actividad según corresponda (1,2, 3,...)
- En el 2º casillero de la primera actividad anote número de personas que participan.

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	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º			
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																						
8	APP 108			Lima		A	M	PC	PESO	N	N	1	Consejería en uso racional de medicamentos	P	D	X	2	15	99401.20				
													TALLA	C	C	2							
													Hb	R	R	3							



**Ministerio de Salud**  
Av. Salaverry 801 Jesús María  
Lima-Perú  
INFOSALUD 0800-10828