



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

**Conocimiento del personal de salud sobre la
implementación de la vigilancia epidemiológica de
problemas de la salud mental priorizados, Instituto de
Salud Mental del MINSA – Lima 2021**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

AUTOR

Nixon Gabriel AGUIRRE SALDAÑA

ASESOR

Dra. Edna RAMÍREZ MIRANDA

Lima - Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Aguirre N. Conocimiento del personal de salud sobre la implementación de la vigilancia epidemiológica de problemas de la salud mental priorizados, Instituto de Salud Mental del MINSA – Lima 2021 [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Nixon Gabriel Aguirre Saldaña
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	41811153
URL de ORCID	https://orcid.org/000-0001-6418-2710
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Edna Ramírez Miranda
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09398149
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9276-6692
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Yesenia Deifilia Retamozo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297138
Datos de investigación	
Línea de investigación	3.03.03 Ciencias de la Salud - Enfermería
Grupo de investigación	Salud y bienestar
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Martín de Porres Coordenadas: 12°01'14"S 77°03'21"O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2021-2022
URL de disciplinas OCDE	ENFERMERÍA https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 SALUD PÚBLICA https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA



TRABAJO ACADÉMICO: AGUIRRE SALDAÑA, NIXON GABRIEL

“CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS, INSTITUTO DE SALUD MENTAL DEL MINSA – LIMA 2021”.

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Lima, 23 de octubre del 2023.

Señor Doctor
MANUEL HERMAN IZAGUIRRE SOTOMAYOR

Vicedecano de Investigación y Posgrado
De la Facultad de Medicina Humana –UNMSM

El Comité de la especialidad, Ha examinado el Trabajo Académico de la referencia, el cual ha sido:

APROBADO

DESAPROBADO

DIECIOCHO (18)



Firmado digitalmente por RETAMOZO
SIANCAS Yesenia Deifilia FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23.10.2023 14:58:35 -05:00

Presidente
Comité del Programa de Segunda
Especialización en Enfermería



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América Facultad de Medicina



Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección de Segunda Especialización

CERTIFICADO DE SIMILITUD

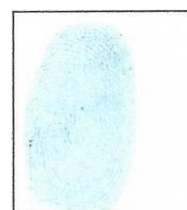
Yo Dra. Edna Ramírez Miranda en mi condición de asesora, del trabajo académico, cuyo título es "Conocimiento del Personal de Salud sobre la Implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de la Salud Mental Priorizados, Instituto de Salud Mental Del Minsa — Lima 2021". presentado por el Lic. Nixon Gabriel Aguirre Saldaña para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del trabajo académico. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 13% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor:

Nombre del Asesor: Dra. Edna Ramírez Miranda
DNI: 09398149



INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Situación problemática	5
1.2 Formulación del problema.....	7
1.3 Justificación de la Investigación.....	7
1.4 Objetivos de la Investigación	9
1.4.1 <i>Objetivo General</i>	9
1.4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	9
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes del Problema	10
2.1.1 <i>Antecedentes del Estudio</i>	10
2.2 Base Teórica	13
2.3 Marcos Conceptuales.....	20
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	21
3.1 Hipótesis General	21
3.2 Identificación de Variables	21
3.3 Operacionalización de Variables.....	22
3.4 Matriz de Consistencia.....	25
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
4.1 Tipo, método y diseño de estudio	26
4.2 Sede de Estudio	26
4.3 Población de Estudio.....	26
4.4 Tamaño de Muestra.....	26
4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	27
4.6 Procedimiento de la Recolección y Procesamiento de Datos	28
4.7 Análisis e Interpretación de la Información	28
4.8 Consideraciones Éticas.....	28
CAPITULO V: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	29
5.1 Cronograma de Trabajo.....	29
5.2 Presupuesto	29
5.3 Recursos Disponibles	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	34

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, el principal objetivo fue determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre la implementación de la vigilancia epidemiológica de los problemas de la salud mental priorizados en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Es un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, con corte transversal y de nivel aplicativo. La población estuvo conformada por el personal asistencial de emergencia, el muestreo de tipo no probabilístico y por conveniencia, con una muestra de 44. A través de la encuesta validada se obtuvieron los datos, se utilizó el Alfa de Cronbach con un 0.66 de nivel de confiabilidad. Se observa del 100% (44), el 59% (26) de trabajadores de salud tiene tienen conocimiento medio sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica y sólo el 5% (2) conocimiento alto, frente a un 36% (16) bajo. Los hallazgos generados permiten concluir que la mayoría de los trabajadores, en la dimensión intento de suicidio, tiene conocimiento medio sobre el seguimiento de caso, registro de las intervenciones en salud mental y las definiciones operativas, y ningún trabajador tiene conocimiento alto de los indicadores de la presente dimensión; sobre la dimensión del síndrome depresivo moderado y grave, la mayoría del personal asistencial tiene conocimiento medio en las definiciones operativas, vigilancia centinela e intervenciones en salud mental, y un reducido grupo tiene conocimiento bajo sobre el paquete de intervenciones y registros de las intervenciones en salud mental; así también se observa en la dimensión del primer episodio psicótico, en su mayoría de trabajadores de salud tiene conocimiento medio sobre seguimiento de caso, definiciones operativas, vigilancia centinela; así como ningún trabajador tiene conocimiento alto en vigilancia centinela y seguimiento de caso.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

La salud mental es el estado de confort, donde el individuo es conocedor de sus habilidades, afronta situaciones de estrés de la vida, trabaja eficaz y puede contribuir a la mejora de su comunidad (Fountoulakis, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Este equilibrio interno puede cambiar por factores psicológicos, biológicos, exposición a circunstancias sociales, las cuales pueden predisponer a que un individuo desarrolle afecciones en la salud mental (Colizzi y Ruggeri, 2022; Dubé et al., 2021; OMS, 2022). El suicidio, la depresión y el primer episodio psicótico (PEP), son algunas de las afecciones de salud mental que se pueden presentar a lo largo de la vida de las personas (OMS, 2022; Townsend y Morgan, 2018).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) define al suicidio como la manifestación esencial de un intento suicida, el cual se refiere a un comportamiento que el individuo ha realizado con intenciones de morir (American Psychiatric Association, 2022). La OMS reporta que cada año se suicidan 700,000 personas a nivel mundial, en los jóvenes de 15 – 19 años. El 77% de estos suicidios ocurrieron en países de ingresos económicos bajos y medianos (Bachmann, 2018; OMS, 2021a). Durante el 2017, en el Perú, la vigilancia realizada en establecimientos de salud centinela, registró 753 intentos de suicidio. La mayor cantidad de estos suicidios 72.5%, correspondieron a mujeres. Los departamentos de Lima (484), Ayacucho (98), Loreto (57) y Madre de Dios (54), fueron los que presentaron más casos de intento suicida. La edad media de los casos fue de $26,8 \pm 12,3$ años. Además, el 77,1% de los casos fueron en menores de 30 años, el 64,1 % contaba con Seguro Integral de Salud (CDC, 2018).

La depresión es un problema de salud mental, con su principal síntoma la tristeza, irritabilidad, pérdida del interés o placer por

actividades habituales, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos en el sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (American Psychiatric Association, 2022; OMS, 2021b; Sadock et al., 2018). A nivel mundial, se estima que afecta al 3% de la población (300 millones de personas), incluyendo a un 5% de los adultos y un 5.7% de los adultos mayores a 60 años (OMS, 2021b). En el Perú, entre el 2016 y el primer trimestre del 2021, se reportaron 13,105 casos de episodios depresivos, siendo Lima (5266), Ayacucho (3835), Huancavelica (944) y Loreto (791), los departamentos que más casos notificaron. La edad media de la población fue de 33 años y se reportó con más frecuencia en mujeres (76.5%) y personas en la etapa de vida adulta (43.1%) (CDC, 2022).

El primer episodio psicótico (PEP) ocurre cuando en un individuo aparecen por primera vez síntomas psicóticos, los cuales pueden conllevar al inicio de diversos trastornos mentales como la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno de la personalidad esquizotípico (American Psychiatric Association, 2022). En este episodio se pueden delusiones, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor desorganizado (catatónico) y síntomas negativos (expresión emocional disminuida y abulia) (Albin et al., 2021; American Psychiatric Association, 2022; Pousa et al., 2022). En Estados Unidos, la incidencia de los síntomas del PEP es aproximadamente 86 por cada 100,00 personas al año en individuos entre 15 a 29 años, y 46 por cada 100,000 personas al año en individuos entre 30 a 59 años (Simon et al., 2017). En Perú, entre el 2016 y el primer trimestre del 2022, se reportaron 2119 casos de PEP, siendo Ayacucho (834), Huancavelica (428) y Lima (423), los departamentos con más casos reportados (CDC, 2022).

Con el incremento de estos problemas mentales, fue necesario la creación de sistema para la vigilancia de los problemas de salud mental (MINSa), resultan necesarias para una adecuada prevención primaria, seguimiento de los casos reportados e integración de la información epidemiológica. Para la mejora de las personas con estos problemas en

el Perú, el CDC y el INSM “HD-HN”, formularon una iniciativa de vigilancia de salud mental, que fue aceptada el 2016 con DS 071-MINSA/CDC-V.01 (MINSA, 2016). En esta directiva, se señala que uno de los problemas priorizados por la vigilancia es la identificación de las personas con intento de suicidio, cuyos casos pueden ser captados en los servicios de emergencia y en consultorios externos (dentro de las primeras 72 horas post intento suicida). Esto implica la promoción y prevención de los problemas mentales, así como el tratamiento oportuno y rehabilitación. En los establecimientos de salud centinela, la Directiva Sanitaria 071-MINSA/CDC-V.01 no se ha implementado de manera integral, lo cual es reflejado en la ausencia parcial o total de reportes detallados, que incluyan información sociodemográfica, factores de riesgos, comorbilidades, y otros aspectos importantes de los problemas de salud mental priorizados. Por esta razón, resulta importante identificar y comprender los motivos de la falta de implementación de esta directiva sanitaria. Por ello los profesionales de la salud que incluye a Enfermería cumplen un rol fundamental en la implementación de esta vigilancia a nivel nacional.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de salud sobre la implementación de la vigilancia epidemiológica de problemas de la salud mental priorizados, en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima 2021?

1.3 Justificación de la Investigación

La epidemiología psiquiátrica está dirigida al estudio de la frecuencia de los trastornos mentales en la población y los diversos escenarios socioculturales y demográficos que pueden afectar o favorecer la salud mental en los individuos (Das-Munshi et al., 2020). Los estudios de epidemiología descriptiva en psiquiatría son importantes para determinar la proporción y distribución de los trastornos mentales en la población, a

través de la identificación del número de casos existentes en una población definida en un período específico (prevalencia), el número de casos nuevos de un trastorno en una población definida en un período de observación específico (incidencia), identificación de factores de riesgo para la presentación de un trastorno (estudios de casos y controles), pronóstico (estudio de cohortes) y la determinación de la eficacia de un tratamiento en un trastorno determinado (ensayos clínicos) (Das-Munchi et al., 2020; Norquist y Madruguer, 2017). Esta información resulta necesaria para obtener información de alta calidad, mejorar los criterios de clasificación diagnóstica, determinar niveles de necesidad, grupos en riesgo alto y monitorear los cambios en el tiempo en la ocurrencia de los trastornos de salud mental (Barbui et al., 2020; Das-Munchi et al., 2020; Plana-Ripoll et al., 2021). Además, la epidemiología psiquiátrica es particularmente informativa en las políticas públicas para una adecuada distribución de recursos, el desarrollo de estrategias de prevención de salud pública y la planificación de servicios para el tratamiento de los trastornos de salud mental (Cárdenas y Vicente, 2020; Norquist y Madruguer, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Por otro lado, el plan de acción de salud mental 2013-2020 elaborado por la OMS, indica que la vigilancia en salud mental incluye a la recolección, análisis e interpretación de la información de salud y una oportuna comunicación de esta información a las entidades encargadas de desarrollar políticas sanitarias, lo cual permite la monitorización y detección de las acciones o mejoras en el servicio. Además, remarca la necesidad de integrar los sistemas de información de salud mental y salud rutinaria, identificar y reportar de manera rutinaria, y utilizar la información de salud mental disgregada por sexo y edad, para mejorar el servicio de salud mental, la promoción y prevención de estrategias sanitarias, y realizar la toma de decisiones basadas en la información reportada (OMS, 2013).

La vigilancia en salud mental debe seguir los patrones definidos para la vigilancia de las enfermedades crónicas, explícitamente definidos y

aceptados por las autoridades sanitarias, e incluir el análisis de la efectividad de las intervenciones preventivas, aunque algunas se lleven a cabo fuera del sistema clínico asistencial. Por esta razón, el presente estudio busca contribuir al fortalecimiento de la implementación de la vigilancia epidemiológica en salud mental, necesaria para la prevención y el control de las enfermedades mentales, y a la generación de información epidemiológica oportuna, como punto de partida para la toma de decisiones en la planificación de la intervención.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de la Salud Mental Priorizados en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” – 2021.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud, sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica a cerca del intento de suicidio
- Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud, sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica a cerca del síndrome depresivo moderado y grave.
- Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud, sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica a cerca del primer episodio psicótico.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Problema

2.1.1 Antecedentes del Estudio

En relación con el estudio planteado se buscó la literatura científica tanto nacional como internacional:

Antecedentes nacionales:

En la búsqueda realizada no se encontraron antecedentes directos al tema de investigación. Sin embargo, se pudieron identificar diversas investigaciones en donde se abordaba el tema de manera indirecta.

Tejada (2020), realizó una investigación cualitativa de naturaleza etnográfica sobre la participación social en la Reforma de atención en un centro de salud mental comunitario (CSMC), en las consideraciones finales indica:

Que los CSMC no incluyen procesos de cogestión o participación social (usuarios y familiares) en salud mental, lo cual no permite una adecuada gestión y vigilancia de las políticas de salud mental. Además, hace referencia a que el sistema de salud peruano es fragmentado y con procesos de descentralización, lo cual influye en la integración de la información sanitaria.

Morales (2021) realizó un estudio en el que se analizó la ley de salud mental N°30947 y su reglamentación en el Perú. Este estudio fue descriptivo, no experimental, y consistió en la realización de encuestas a 43 especialistas de la ciencia del derecho con preguntas relacionadas a la ley de salud mental. Concluye:

El MINSA es el encargado de coordinar y evaluar la política de promoción y prevención de salud mental,

incluyendo el equipamiento del sistema que brinde información que pueda identificar factores de riesgo e información epidemiológica, y el desarrollo e implementación de políticas intersectoriales de salud mental.

Henao et al. (2016), evaluaron las políticas públicas de salud mental en Sudamérica, a través del estudio documental obteniendo un enfoque hermenéutico, emplearon documentos normativos, leyes y publicaciones comprendidas entre 2003 y 2013. Concluyeron:

El concepto de salud mental, que es la base de cualquier política nacional, enfatiza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde un concepto de bienestar positivo, enfatizando el papel activo, las capacidades y la libertad de los sujetos y grupos de personas.

Antecedentes Internacionales:

Scharager J. y Contreras L. (2015), en Chile realizaron un estudio denominado “Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental”, el cual tuvo como objetivos: desarrollar y evaluar sistemas de seguimiento para detectar los principales problemas de salud mental y establecer un vínculo con las condiciones de vida de la población de estudio. Se finalizó el diseño de un centro de bienestar en un municipio de Florida. Los resultados de este estudio sugieren que los sistemas de vigilancia epidemiológica son buenas herramientas de salud mental y complementan los sistemas de vigilancia.

La conclusión de los autores fue que el sistema de vigilancia epidemiológica probado cumple con los requerimientos básicos.

Díaz-Sotelo (2014) realizó un estudio en Colombia sobre la prevalencia de los diagnósticos en salud mental, el cual tuvo como objetivos: determinar la prevalencia de sucesos de salud mental

en la población, los cuales fueron reportados por el Ministerio de Salud y almacenados por el SISPRO, y caracterizar indicadores epidemiológicos de la población. El estudio fue de tipo transversal de los servicios de salud reportados al Departamento de Salud y Seguridad Social y utilizó el cubo de datos SISPRO (una base de datos multidimensional). Los resultados de estudio indican una prevalencia estimada de 9% de enfermedad atribuible a salud mental, siendo las mujeres las más afectadas. El abuso de alcohol y drogas, la consulta e intervención por conductas sexuales, y la consejería e intervención brindada para diferentes problemas del día a día, fueron los eventos con mayor prevalencia.

El autor concluye:

“Los registros y sistemas de datos sanitarios son recursos de información valiosos, pero la calidad de los datos registrados en las fuentes primarias puede obstaculizar las actividades de vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones.”

Araújo et al. (2017) realizaron una revisión sobre las características, dificultades y desafíos de la vigilancia de salud mental relacionada al trabajo, en Brasil. En este trabajo se hizo la revisión de las publicaciones nacionales de la vigilancia en salud mental, desde el 2002 hasta el 2017. Los resultados de la revisión indican que las acciones de vigilancia son locales y en muchos casos reducen el problema a un cuidado paliativo, sin enfocarse en los factores determinantes para la enfermedad observada. Además, el sistema de vigilancia de salud mental es limitado debido a que las acciones tomadas son muy restringidas, limitándose solo al procesamiento de las notificaciones y a la elaboración de pocos protocolos clínicos.

En las consideraciones finales, el autor indica:

“El sistema de vigilancia de salud mental de los trabajadores en Brasil presenta muchos desafíos a partir del subregistro, falta de seguimiento de los casos,

acciones reduccionistas y dificultades para encontrar un nexo causal.”

Torricelli T. y Barcala A. (2018), en Argentina realizaron un estudio denominado “Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la ciudad de Buenos Aires”, teniendo los siguientes objetivos: Proponer algunas directrices epidemiológicas relacionadas con la salud mental, mostrar los datos estadísticos existentes en este campo y reflexionar sobre la necesidad de renovar el conocimiento epidemiológico como herramienta básica para la formulación de políticas y servicios de salud necesarios.

Los autores concluyeron que no existen datos epidemiológicos recientes sobre enfermedades mentales en la población de Buenos Aires. No se han realizado estudios poblacionales ni investigaciones epidemiológicas en salud mental en todos los hospitales de la ciudad, esto demuestra la escasez de datos epidemiológicos los que se cuenta.

2.2 Base Teórica

Seguidamente se va exponer las bases teóricas que permitieron realizar la presente investigación:

Intento suicida:

La OMS (2020), informa que la conducta suicida se considera una urgencia psiquiátrica, la cual se entiende como una situación en la que los síntomas psicopatológicos o alteraciones del comportamiento (incluidas las dimensiones objetiva y subjetiva) se perciben como perturbadoras o amenazantes para el paciente, la familia y sociedad. Requiriendo esta una atención psiquiátrica urgente. Es una de las dificultades de Salud Pública en nuestro país y a nivel mundial las conductas suicidas, como el intento de suicidio y el suicidio. Es una de las primeras causas de mortalidad entre los 15 y 19 años, según la OMS.

El suicidio según Vallejo (2015) se define como la acción o la omisión voluntaria a través el cual un individuo se quita la vida siendo esa su intención. La OMS define al suicido como un acto voluntario donde la persona quiere dejar de vivir. La conducta suicida comprende desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, que incluyen planes suicidas y la tentativa.

Durkheim (2017), nos argumenta que la Conducta Suicida “una condición clínica definida como el desarrollo de pensamientos suicidas que pueden conducir a la realización de un acto suicida. Dicha conducta puede surgir de decisiones voluntarias, motivaciones inconscientes, estados psicopatológicos y manifestarse como sentimientos, pensamientos, conciencia e impulsividad”.

La conducta suicida se divide en: Ideación suicida; es un conjunto de razonamientos donde se expresa un deseo o intención de morir u otras experiencias psicológicas suicidas, como fantasías o premoniciones sobre la propia muerte (sinónimos de ideación suicida). Intento de suicidio: Este es un término general que se refiere a cualquier acto que busque la propia muerte, incluso de forma manipulativa, pero que sobrevive. Suicidio Consumado: acto mediante el cual el paciente logra su objetivo de autoeliminación.

Según las tasas de suicidios consumados se reportan más en personas de 65 a más años; sin embargo, el intento de suicidio es mayor en adolescentes y adulto joven. En relación al sexo, se da más en los varones.

Factores de riesgo

- Familiares y genéticos.- se determina que existe hasta 10 veces más frecuencia en casos con familiares con registros de suicidios, así mismo con descendientes de sujetos con trastornos afectivos seis veces mayor en hijos de deprimidos.
- Alteraciones bioquímicas.- La serotonina es un neurotransmisor que se relaciona con el suicido, también se han realizados estudios de pacientes con depresión asociados al ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) hallados en el LCR, el bajo nivel de

serotonina se asocia a impulsividad, violencia y mayor letalidad en la conducta suicida en usuarios con los diagnósticos de depresión mayor, trastornos de personalidad y esquizofrenia.

- Factores socio familiares.- la persona que durante la infancia presentó disfunción familiar muestra una influencia posterior en el riesgo de suicidio, abusos infantiles, separación y violencia entre padres.

Depresión

La OPS, señala que la depresión es trastorno regular pero grave que afecta la disposición para vivir la vida diaria, estudiar, ejercitarse, descansar, empleo, etc.

Enfermedad caracterizada por tristeza persistente, incapacidad para realizar las actividades diarias y pérdida de interés en actividades diarias por lo menos en 14 días. Estos individuos con depresión experimentan síntomas como: Cambios en el apetito, pérdida de energía, necesidad de dormir menos o más de lo rutinario, inquietud, no pueden concentrarse, preocupación, indecisión, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza e ideas de auto agredirse, intento de suicidio o suicidio. La depresión puede tratarse con terapia o intervención psicológica, manejo farmacológico como antidepresivos o una combinación de ambos. Recordar que depresión no es signo de debilidad.

La OMS (2022) refiere la depresión es diferente de los cambios normales de humor y emociones que ocurren en la vida cotidiana. Puede afectar todos los ámbitos de la vida, incluida la familia, las amistades y las relaciones comunitarias. Puede estar relacionado con problemas en la escuela y el trabajo.

La depresión podría aquejar a cualquiera; aquellos que han experimentado violencia, pérdidas graves tienen más probabilidades de sufrir. Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir depresión que los varones. Alrededor del 3,8% de la población sufre depresión, incluido el 5% de los adultos y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. La incidencia de depresión es aproximadamente un 50% mayor

en mujeres que en hombres. Pese a que hay tratamientos efectivos para este problema, más del 75% de la población afectada no reciben tratamiento.

Aspectos Clínicos

Durante un episodio depresivo, una persona puede sentirse deprimida (triste, irritable, agotada) o perder el placer o el interés en las actividades.

Un episodio depresivo es diferente a los cambios del estado de ánimo. Estos ataques cubren están presentes durante el día, casi toda la semana, y duran por lo menos 14 días.

Existen otros síntomas que podrían presentarse, tales:

- Dificultad en la concentración
- No visualiza esperanza para el futuro
- Sentimiento de culpa excesiva
- Baja autoestima.
- Ideas de morir o suicidio.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Variación en el apetito y peso.
- Sentirse cansado y con falta de energía.

La depresión causa dificultad en diferentes ámbitos de la vida, incluida la vida familiar y comunitaria, como también el centro de labores y estudios. Se pueden clasificar la depresión en leves, moderados o graves, en base del número y la magnitud de la sintomatología, así como de las recaídas en la persona.

Los episodios depresivos pertenecen a diferentes tipos:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: el individuo experimenta un solo episodio.
- Trastorno depresivo recurrente: el individuo ha experimentado al menos dos episodios depresivos.

- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos.

Etiología

La depresión es la suma de múltiples factores, como biológicos, psicológicos hasta sociales. Quienes han sufrido circunstancias vitales adversas (pérdida de empleo, luto, acontecimientos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión.

La depresión está vinculada a la salud física, por lo que la salud física juega un papel en la depresión.

Episodio Psicótico

Un primer episodio psicótico (PEF) puede corresponder a la primera aparición de muchos trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, la psicosis aguda, el trastorno bipolar, la depresión mayor con síntomas psicóticos, etc. Generalmente comienza durante un período en el que se enfrentan a una tarea crucial. o el proceso madurativo por el cual la aparición de un primer episodio psicótico es difícil y estresante tanto para el individuo como para la familia; la prevalencia corresponde al 3% de la población total.

Si se sospecha un diagnóstico de PEP, son esenciales una evaluación cuidadosa del impacto y la intensidad de los síntomas, un diagnóstico diferencial apropiado y un seguimiento estrecho del caso. La intervención temprana en la psicosis se puede llevar a cabo en dos momentos diferentes: la primera fase, que se ocupa de prevenir la aparición de un brote psicótico, y la segunda fase, cuando ya se ha producido la primera crisis psicótica.

El cuadro clínico se caracteriza por una pérdida de contacto entre la realidad objetiva y subjetiva. Es una condición clínica con un cuadro clínico muy heterogéneo, con diferentes síntomas y cambios de intensidad y trastornos correspondientes, que dificultan su detección. En cuanto al tratamiento, actualmente no existe consenso sobre cuál es el tratamiento psicológico más eficaz durante un primer episodio

psicótico. Sin embargo, se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación y la intervención familiar mejoran.

La participación familiar es fundamental para la atención y el tratamiento, no sólo por las necesidades y dificultades que enfrentan, sino también porque juega un papel vital en el proceso de curación de una persona.

Criterios de diagnóstico; La PEP no es una entidad clínica formal de trastornos psiquiátricos reconocida en los manuales de diagnóstico actuales (DSM-5 y CIE-11). Sin embargo, se recomienda definir esta condición clínica en detalle para garantizar una intervención oportuna y un seguimiento adecuado del desarrollo. De esta manera, se puede evaluar el curso de la enfermedad y la respuesta a la intervención, ya que los síntomas pueden cambiar y/o estabilizarse con el tiempo.

Directiva Sanitaria para la vigilancia de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta nacional

Tiene como objetivo desarrollar lineamientos para la instalación y desarrollo de la vigilancia de la salud mental en el Perú. Está dirigido a todos los establecimientos de salud del país seleccionados como sitios de vigilancia (instituciones primarias, secundarias y terciarias con departamentos de psiquiatría y/o psicología y centros de salud comunitarios); esta vigilancia es un proceso ordenado y continuo destinado a recopilar datos centrada en los problemas de salud mental. Una encuesta poblacional que evalúa la prevalencia y los determinantes de los problemas de salud mental; realizado una vez cada cuatro años.

Vigilancia de Intento de suicidio:

Deberá ser atendido en el servicio de Emergencia del establecimiento, responde a los códigos CIE 10 (X60-X84), El jefe de la oficina epidemiológica coordina la cumplimentación de los formularios y el seguimiento con el personal de atención sanitaria del departamento

de psiquiatría. La recopilación de datos se basa en fuentes como los historiales del departamento de urgencias y entrevistas con los pacientes y sus familias. De igual forma el personal de la Oficina de Epidemiología registrara estas fichas en el aplicativo informático del CDC.

Vigilancia de Episodio depresivo moderado y grave

Todo caso atendido en consultorio externos de los establecimientos de salud, corresponden a los códigos CIE 10 (F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F32.3 episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F32.10 episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos y F32.11 episodio depresivo moderado con síntomas somáticos. El profesional responsable de la vigilancia de salud mental de la Oficina de Epidemiología coordinara el llenado, el ingreso al aplicativo y el control de calidad de las fichas reportadas, así mismo el seguimiento correspondiente a los seis meses y dos años.

Vigilancia del primer episodio psicótico

Todo caso nuevo atendido en consultorios externos y hospitalización de los establecimientos de salud centinela, corresponde el código CIE 10 (F23.0 al F23.8). La oficina de Epidemiología se encargará del control de calidad, del llenado de la ficha, así como el ingreso al aplicativo del CDC y el seguimiento respectivo medido a través de las atenciones según el paquete que le corresponde.

Intervención en salud mental

Hace referencia a las atenciones que requiere cada caso para cumplir con el paquete indicado según problema de salud mental.

- Consulta médica.- realizada por el médico psiquiatra o medico capacitado

- Consulta psicológica.- Realizada por un psicólogo, quien realiza la evaluación y/o diagnóstico tiempo de duración de cuarenta minutos.
- Intervención individual.- procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud no especializado en salud mental capacitado, con enfoque clínico psicosocial. Duración de treinta minutos.
- Intervención familiar.- Tiene como fin sensibilizar a los miembros y comprometerlos en el proceso de recuperación del usuario. Duración de treinta minutos.
- Psicoterapia individual.- realizada por un profesional de la salud con formación psicoterapéutica, duración de tiempo de cuarenta minutos.
- Visita familiar.- atención realizada en el domicilio duración de noventa minutos.

2.3 Marcos Conceptuales

Se presenta a continuación la Definición Operacional, que permitirá la comprensión de la variable de estudio.

- a. **Conocimiento:** Información que refiere tener el personal de salud del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, sobre la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud Mental de Priorizados que son: Intento de Suicidio, Síndrome Depresivo Grave y Moderado y Primer Episodio Psicótico; paquete de atención; Vigilancia centinela; Intervención en Salud Mental y Seguimiento de caso.
- b. **Implementación:** Actividades o la aplicación de métodos que realiza el personal de salud, para poner en funcionamiento la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud Mental Priorizados.

- c. **Personal de Salud:** Trabajadores profesionales de salud que laboran en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.
- d. **Vigilancia Epidemiológica:** Proceso continuo y sistemático que realiza el personal de salud para el recojo de información con referencia a los problemas priorizados de salud mental en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis General

El personal de salud tiene nivel de conocimiento alto en relación a la implementación de la vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados

3.2 Identificación de Variables

V₁: Conocimiento sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud Mental Priorizados.

3.3 Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Definición operacional	Valor final de la variable
Conocimiento sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud Mental Priorizados.	Los conocimientos son el conjunto de información adquiridas por el personal de salud sobre las actividades y/o la aplicación de métodos sistemáticos y continuos para el recojo de información con referencia a los problemas priorizados de salud mental y poner en funcionamiento la vigilancia epidemiológica.	Conocimiento básico		<ul style="list-style-type: none"> Definición. Objetivos Finalidad Establecimiento de salud Centinela Seguimiento de caso 	Información que nos refiere tener el personal de salud del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, sobre la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud Mental de Priorizados en sus dimensiones de: Intento de Suicidio, Síndrome Depresivo Grave y Moderado y Primer Episodio. El cual serán obtenidos por medio de un cuestionario de conocimientos, cuyo valor final serán: Alto, Medio o Bajo.	Escala ordinal: Alto Medio Bajo
			Intento de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> Definiciones operativas Paquete mínimo de intervención. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia Centinela 		<ul style="list-style-type: none"> Registro en el servicio de emergencia. Seguimiento de los casos. Ingreso al aplicativo 		
		<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones en salud mental 		<ul style="list-style-type: none"> Consulta médica de salud mental. Consulta psicológica. Intervención individual. Intervención familiar. Psicoterapia individual. Visita familiar integral. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Registro de las intervenciones en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Fichas de vigilancia de las intervenciones individuales. Fichas de vigilancia de las intervenciones familiares. 			

			<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Periodo. 		
		Síndrome depresivo moderado y grave.	<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones operativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Síntomas 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Paquete mínimo de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Consultas médicas de salud mental. • Consulta psicológica. • Psicoterapias individuales. • Una intervención familiar 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia Centinela 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en el servicio de emergencia. • Seguimiento de los casos. • Ingreso al aplicativo 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica de salud mental. • Consulta psicológica. • Intervención individual. • Intervención familiar. • Psicoterapia individual. • Visita familiar integral. 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las intervenciones en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de vigilancia de las intervenciones individuales. • Fichas de vigilancia de las intervenciones familiares. 		
				<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Periodo. 	
		Primer episodio psicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Definiciones operativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Síntomas 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Paquete mínimo de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Consultas médicas de salud mental. • Consulta psicológica. • Psicoterapias individuales. 		

				Una intervención familiar		
			<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia Centinela 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro en el servicio de emergencia. • Seguimiento de los casos. • Ingreso al aplicativo 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica de salud mental. • Consulta psicológica. • Intervención individual. • Intervención familiar. • Psicoterapia individual. • Visita familiar integral. 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las intervenciones en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas de vigilancia de las intervenciones individuales. • Fichas de vigilancia de las intervenciones familiares. 		
			<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Periodo. 		

3.4 Matriz de Consistencia

Problema General	Objetivo General	Objetivos Específicos	Hipótesis General	Técnica de recolección de datos
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de salud sobre la implementación de la vigilancia epidemiológica de problemas de la salud mental priorizados, en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima 2021?</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de la Salud Mental Priorizados en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” – 2021.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud, sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica a cerca del intento de suicidio • Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud, sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica a cerca del síndrome depresivo moderado y grave. • Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud, sobre la implementación de la Vigilancia Epidemiológica a cerca del primer episodio psicótico. 	<p>El personal de salud tiene nivel de conocimiento alto en relación a la implementación de la vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo, método y diseño de estudio

El presente estudio, tiene un enfoque cuantitativo, ya que las mediciones se harán siguiendo los valores numéricos de la variable de estudio.

De diseño de estudio no experimental, debido a que la variable no será manipulada. El método, que se utilizó en esta investigación, fue descriptivo simple ya que nos permitió mostrar la información tal como se obtuvo de acuerdo a la realidad; de corte transversal, porque la información se tomó en un determinado tiempo y momento.

El nivel es aplicativo porque los resultados permitirán mejorar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades de salud mental a través de estrategias necesarias para favorecer el incremento de los conocimientos de los profesionales de salud.

4.2 Sede de Estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, ubicado en el distrito de San Martín de Porres – Lima; es un establecimiento de categoría III-2, perteneciente al Ministerio de Salud.

4.3 Población de Estudio

La población estuvo conformada por los trabajadores de salud que laboran en el Departamento de Emergencia del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi que responden a los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Tamaño de Muestra

En la investigación se utilizará el muestreo Intencional, debido a los criterios personales del investigador seleccionará directa o intencionalmente a los individuos de la población. La muestra será no probabilística, estas se van a caracterizar porque el investigador elegirá

a los que tengas las características que se busca en la investigación; el tamaño de la muestra será todos los médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros que laboren en el departamento de emergencia, no se empleará fórmula para el tamaño de la muestra.

Criterios de Inclusión

- Profesionales médicos, licenciados en enfermería, trabajador social y psicólogos, que trabajen en el departamento de emergencia.
- Los trabajadores que quieren participar de forma voluntaria del estudio.
- Y estén presentes al momento de aplicar el instrumento.

Criterios de Exclusión

- Profesionales de la salud de otras especialidades.
- Trabajadores no profesionales de la salud.
- Profesionales administrativos.
- Que no acepten participar de dicho estudio.

4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En la presente investigación, la técnica empleada fue la encuesta y para la recolección de datos el instrumento, un cuestionario estructurado, cuyo propósito fue obtener la información de fuente directa para determinar los conocimientos del personal de salud sobre la vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

El cuestionario está conformado por la presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos que permitirá evaluar el nivel de conocimiento del personal de salud sobre la sobre la vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados y sus dimensiones: Intento de Suicidio, Síndrome Depresivo Grave y Moderado y Primer Intento de Suicidio.

4.6 Procedimiento de la Recolección y Procesamiento de Datos

Para la recolección de los datos se presentó una solicitud al Director del Instituto de Salud Mental, mediante una carta de presentación previamente solicitada a la Unidad de Post grado de la Universidad Mayor de San Marcos, para la autorización y apoyo en la aplicación del instrumento del estudio de investigación.

Luego de obtener la autorización se coordinará con el Jefe de Servicio de Emergencia, para establecer el cronograma para la recolección de datos.

4.7 Análisis e Interpretación de la Información

Una vez recolectado los datos, fueron procesados a través del programa de Microsoft Excel, para lo cual se elaboró un libro de códigos para el vaciado de los datos, donde fueron trasladados a cuadros estadísticos en relación a los objetivos propuestos en la investigación.

4.8 Consideraciones Éticas

Para realizar la presente investigación y medir la variable, se tomaron en cuenta el permiso correspondiente para la aplicación de los instrumentos a los participantes del estudio ante los órganos competentes e instancias correspondientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: la participación de los profesionales de la salud en el estudio será de forma voluntaria, las cuales darán su consentimiento de participación en el estudio de investigación a través de la firma voluntaria. El autor es responsable de garantizar la confidencialidad de la información que brindarán, buscando proteger la integridad personal de los participantes comprometidos.

De la misma forma, en la presente investigación todas las contribuciones de autores que fueron citados y/o consultados son explícitamente reconocidas como autoría de éstos.

Por último, el autor se hace responsable por el trabajo presentado.

CAPITULO V: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Cronograma de Trabajo

Actividad	2021						2022							
	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	ago
Elección del tema	X													
Planteamiento del problema		X												
Revisión de literatura			X											
Hipotesis y variable				X										
Diseño metodológico					X									
Recolección de datos						X	X	X						
Procesamiento de datos									X	X	X			
Análisis e interpretación de datos											X	X		
Informe final													X	X

5.2 Presupuesto

Categoría		Total
Materiales	Papel bond	20.00
	Objetos de escritorio	40.00
Servicios	Estadístico	200.00
	Empastado	60.00
	Pasajes	30.00
Total		250.00

5.3 Recursos Disponibles

5.1.1 Recurso Humanos

- 01 investigador
- 01 asesor de investigación
- 01 estadístico

5.1.2 Recursos Financieros

Los gastos que acarreen este estudio serán asumidos por el investigador.

5.1.3 Recursos Materiales

- Hojas impresas de los cuestionarios de recolección de datos.
- Objetos de escritorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albin, K., Albin, C., Jeffries, C. D., Perkins, D. O. (2021). Clinician Recognition of First Episode Psychosis. *Journal of Adolescent Health, 69*(3), 457-464. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.138>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.

Araújo, T. M., de Figueredo, T., do Carmo, N. (2017). Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: Características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*(10), 3235-3246. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>

Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>

Barbui, C., Gureje, O., Patten, S. B., Puschner, B., Thornicroft, G. (2020). On the need for epidemiology in psychiatric sciences. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*, e1. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000507>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (25 de agosto del 2018). *Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 27—Semana 34*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/34.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (22 de enero del 2022a). *Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 31- Semana 03*. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20223_11_200035.pdf

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2022b). *Vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela 2016 – 2022 (1º trimestre)*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE20/mental.pdf>

Colizzi, M., Ruggeri, M. (2022). *Prevention in mental health: From risk management to early intervention*. Springer.

Das-Munshi, J., Ford, T., Stewart, R., Prince, M., Hotopf, M. (2020). *Practical psychiatric epidemiology* (2.^a ed.). Oxford University Press.

De Pedro Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>

Díaz-Sotelo, O. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: Análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65-74. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/1339>

Dubé, J. P., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Stewart, S. H. (2021). Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, 301, 113998. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>

Fountoulakis, K. N. (2022). *Psychiatry: From its historical and philosophical roots to the modern face*. Springer.

Henao, S., Quintero, S., Hernández, J., Rivera, E., López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: Un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>

Ministerio de Salud (13 de julio del 2016). *Directiva Sanitaria 071-MINSA/CDC-V.01*. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/08/RM-496-2016-MINSA-Directiva-Sanitaria-071-MINSA-CDC-Vigilancia-Salud-Mental.pdf>

Morales, H. (2021). *Análisis de la ley de salud mental n°30947 y su reglamentación en el Perú– periodo 2019* [Universidad Señor de Sipán]. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/8711>

Norquist, G. S., Magruder, K. M. (2017). Mental Health Epidemiology (Psychiatric Epidemiology). En *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 54-62). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00284-8>

Oltra A. (2016). *Atención a primeros episodios psicóticos*. Generalitat Valenciana. España

Organización Mundial de la Salud. (27 de mayo del 2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio del 2021a). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre del 2021b). *Depresión*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio del 2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en América Latina*.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000300160

Plana-Ripoll, O., Lasgaard, M., Mneimneh, Z. N., & McGrath, J. J. (2021). The Evolution of Psychiatric Epidemiology: Where to Next? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(9), 774-777. <https://doi.org/10.1177/0706743721996110>

Pousa, E., Brébion, G., López-Carrilero, R., Ruiz, A. I., Grasa, E., Barajas, A., Peláez, T., Alfonso-Gutiérrez-Zotes, Lorente, E., Barrigón, M. L., Ruiz-Delgado, I., González-Higueras, F., Cid, J., Pérez-Solà, V., Ochoa, S. (2022). Clinical insight in first-episode psychosis: Clinical, neurocognitive and metacognitive predictors. *Schizophrenia Research*, 248, 158-167.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.007>

Sadock, B. J., Ahmad, S., Sadock, V. A. (2018). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* (Sixth edition). Wolters Kluwer.

Simon, G. E., Coleman, K. J., Yarborough, B. J. H., Operskalski, B., Stewart, C., Hunkeler, E. M., Lynch, F., Carrell, D., & Beck, A. (2017). First Presentation With Psychotic Symptoms in a Population-Based Sample. *Psychiatric Services*, 68(5), 456-461. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600257>

Tejada, J. (2020). *Estudio etnográfico de participación social en salud mental en un centro de salud mental comunitario en Perú* [Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://hdl.handle.net/10183/224560>

Townsend, M. C., Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (Ninth edition). F. A. Davis Company.

Vallejo, J (2015). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Elsevier.España

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buen día; soy Nixon Aguirre Saldaña, residente de Enfermería de la UNMSM; tengo el grato honor de dirigirme a usted con la finalidad de saludarle cordialmente, y al mismo tiempo solicitarle su participación libre en este estudio con fines estrictamente académicos. Con los resultados de la investigación, se pretende Determinar los conocimientos sobre la vigilancia epidemiológica de problemas de salud mental priorizados en los profesionales de salud del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

Esperando a su buena voluntad y colaboración, le solicito firme este documento de consentimiento, que da fe de lo siguiente:

- Declaro que he sido informado e invitado a participar en esta investigación.
- Acepto voluntariamente participar anónimamente en este estudio, cuya información otorgada será manejada de forma confidencial y comprendo que en calidad de participante voluntario. Esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.
- He leído la hoja de información al participante del estudio que se me ha hecho entrega y podré hablar con el investigador y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.
- Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

.....

Firma del participante

Si tiene alguna pregunta durante el desarrollo del cuestionario puede comunicarse al número de celular 975383992.

ANEXO B
INSTRUMENTO
CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Estimado colega un gusto saludarlo, soy Nixon Aguirre Saldaña, residente de Enfermería de la UNMSM. Estoy realizando un estudio de investigación titulado “Conocimiento del Personal de Salud sobre la Implementación de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de la Salud Mental Priorizados, Instituto de Salud Mental del MINSA – Lima 2021”. Por lo que se le solicita y agradece responder a las preguntas del presente cuestionario, a fin de conocer la realidad presente; el cuestionario es de carácter ANÓNIMO y CONFIDENCIAL; se agradece su colaboración, que será de beneficio para la institución.

II. DATOS GENERALES

A continuación, complete:

1. Profesión:
2. Tiempo de servicio:

III. DATOS ESPECÍFICOS DE CONOCIMIENTOS

Marque con una X la respuesta que crea sea la correcta:

1. ¿Cuál es el objetivo general de la Directiva Sanitaria para la Vigilancia de problemas de Salud Mental Priorizados?
 - a. Priorizar los problemas de salud mental en todos los establecimientos de salud.
 - b. Establecer las pautas para la implementación y desarrollo de la vigilancia de la salud mental en el Perú.
 - c. Establecer la gestión para la vigilancia de los problemas de salud mental priorizados.
 - d. Brindar las pautas para el desarrollo de la vigilancia de la salud mental.

2. ¿Cuál es la finalidad de la Vigilancia Epidemiológica de Problemas de Salud Mental Priorizados?
 - a. Contribuir a la prevención y el control de los problemas de salud mental, a la generación de información epidemiológica oportuna de los establecimientos de salud y de la población peruana.
 - b. Hacer seguimiento a las personas con problemas de salud mental.
 - c. Identificar a las personas con problemas de salud mental para brindarles tratamiento oportuno.
 - d. Brindar información de la población con problemas de salud mental.

3. ¿Cuál es el ámbito de aplicación de la vigilancia de problemas de salud mental priorizados?
 - a. Alcance distrital
 - b. Alcance nacional
 - c. Alcance regional
 - d. Alcance de las Redes Integradas de Salud.

4. Establecimiento de Salud Centinela, es:
 - a. Establecimiento de salud que realiza de forma regular y sostenida la vigilancia de problemas de salud mental.
 - b. Sólo los centros de salud mental comunitarios que atiende los problemas de salud mental.
 - c. Establecimiento de salud que atienden emergencias psiquiátricas.
 - d. Sólo los hospitales que atienden problemas de salud mental.

5. Nos referimos a la vigilancia de problemas de salud mental priorizados, a:
 - a. Identificar a las personas con problemas de salud mental.
 - b. Proporcionar la información epidemiológica para realizar acciones.
 - c. Proceso sistemático y continuo de recojo de información de problemas priorizados de salud mental.
 - d. Estar atento al aumento de los casos de problemas priorizados de salud mental.

6. ¿Qué servicio es el responsable de elaborar los informes trimestrales de la vigilancia de problemas de salud mental priorizados?
 - a. Emergencia
 - b. Consultorio externo
 - c. Hospitalización
 - d. Epidemiología

7. ¿Quién es el responsable del control de calidad mensual de los datos registrados?
 - a. Oficina de Calidad
 - b. Departamento de enfermería
 - c. Epidemiología
 - d. Emergencia

8. Seguimiento de caso, es:
 - a. Establecer el cumplimiento del paquete mínimo indicado, así como la evolución y la respuesta al tratamiento.
 - b. Verificar que los pacientes cumplan con su tratamiento médico indicado.
 - c. Realizar visitas domiciliarias a los pacientes.
 - d. Verificar que los pacientes reciban el paquete de atención.

9. Al intento de suicidio, nos referimos:
 - a. Trastorno mental.
 - b. Conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal.
 - c. Conducta autodestructiva.
 - d. Es cuando la persona quiere provocar su muerte.

10. Definimos a la vigilancia centinela del intento de suicidio:
 - a. Todo caso de intento de suicidio atendido en consultorio externo.
 - b. Todo caso de intento de suicidio atendido en el servicio de emergencia de un establecimiento de salud centinela
 - c. Todo caso de intento de suicidio atendido en el servicio de emergencia de un hospital.
 - d. Todo caso de intento de suicidio atendido en consultorio externo de un establecimiento de salud centinela.

11. En qué tiempo debe recibir las intervenciones una persona tratada con intento de suicidio.
 - a. A los 2 meses de haberse producido el intento.
 - b. Al mes de haberse producido el intento.
 - c. A los 3 meses de haberse producido el intento.
 - d. A los 4 meses de haberse producido el intento.

12. ¿Cuál es el paquete mínimo de intervenciones que debe recibir una persona tratada con intento de suicidio?
 - a. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica, psicoterapias individuales e intervención familiar.
 - b. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica, psicoterapias individuales.
 - c. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica.
 - d. Consulta psicológica, psicoterapias individuales e intervención familiar.

13. ¿En qué servicio se registra el intento de suicidio?
 - a. Emergencia.
 - b. Epidemiología.
 - c. Triage diferenciado.
 - d. Vigilancia.

14. En qué momento se realizará el seguimiento de caso de la persona tratada por intento de suicidio.
 - a. A los 5 meses posteriores a la identificación de caso.
 - b. A los 4 meses posteriores a la identificación de caso.
 - c. A los 3 meses posteriores a la identificación de caso.
 - d. A los 2 meses posteriores a la identificación de caso.

15. Se define al episodio depresivo moderado:
 - a. Presencia de síntomas al momento de la consulta.
 - b. Presencia en la última semana de al menos seis síntomas.
 - c. Presencia en las últimas 2 semanas de al menos seis síntomas.
 - d. Presencia en las últimas 3 semanas de al menos seis síntomas.

16. Definimos a la vigilancia centinela del episodio depresivo moderado y grave:
 - a. Todo caso nuevo de episodio depresivo moderado y grave atendido en consultorios externos de los establecimientos de salud centinela.
 - b. Todo caso nuevo de episodio depresivo moderado y grave atendido en consultorios externos de los hospitales.
 - c. Todo caso nuevo de episodio depresivo moderado y grave atendido en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud centinela.
 - d. Todo caso nuevo de episodio depresivo moderado y grave atendido en los servicios de emergencia de los hospitales.

17. ¿En qué tiempo debe recibir las intervenciones una persona tratada con episodio depresivo moderado y grave?
 - a. A los 7 meses de haber sido diagnosticado.
 - b. A los 6 meses de haber sido diagnosticado.
 - c. A los 5 meses de haber sido diagnosticado.
 - d. A los 4 meses de haber sido diagnosticado.

18. ¿Cuál es el paquete mínimo de intervenciones que debe recibir una persona tratada con episodio depresivo moderado y grave?
 - a. Consulta médica de salud mental, consulta psicológica, psicoterapias individuales.
 - b. Consulta médica de salud mental, consulta psicológica, psicoterapias individuales y familiar.
 - c. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica, psicoterapia individual e intervención familiar.
 - d. Consulta psicológica, psicoterapias individuales e intervención familiar.

19. ¿En qué servicio se registra el episodio depresivo moderado y grave?
 - a. Emergencia.
 - b. Epidemiología.
 - c. Consultorios externos.
 - d. Vigilancia.

20. En qué momento se realizará el seguimiento de caso de la persona tratada con episodio depresivo moderado y grave.

- a. A los 7 meses posteriores y a los 2 años posteriores de la identificación de caso.
 - b. A los 6 meses posteriores y a los 2 años posteriores de la identificación de caso.
 - c. A los 7 meses posteriores y al año posteriores de la identificación de caso.
 - d. A los 6 meses posteriores y al año posteriores de la identificación de caso.
21. Se define al primer episodio psicótico como:
- a. Aparición abrupta por primera vez en la vida, de un episodio de síntomas psicóticos.
 - b. Aparición de síntomas psicóticos durante la adolescencia.
 - c. Aparición de síntomas psicóticos inducido por sustancias psicótropas.
 - d. Aparición de síntomas psicóticos durante la niñez.
22. Definimos a la vigilancia centinela del primer episodio psicótico, a:
- a. Todo caso nuevo de primer episodio psicótico atendido en el servicio de emergencia de los establecimientos de salud centinela.
 - b. Todo caso nuevo de primer episodio psicótico atendido en consultorios externos u hospitalización de los hospitales.
 - c. Todo caso nuevo de primer episodio psicótico atendido en consultorios externos u hospitalización de los establecimientos de salud centinela.
 - d. Todo caso nuevo de primer episodio psicótico atendido en el servicio de emergencia de los hospitales.
23. ¿En qué tiempo debe recibir las intervenciones una persona tratada por primer episodio psicótico?
- a. A los 3 meses de haberse realizado el diagnóstico.
 - b. A los 4 meses de haberse realizado el diagnóstico.
 - c. A los 5 meses de haberse realizado el diagnóstico.
 - d. A los 6 meses de haberse realizado el diagnóstico.
24. ¿Cuál es el paquete mínimo de intervenciones que debe recibir una persona tratada con episodio depresivo moderado y grave?
- a. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica, psicoterapias individuales, intervención familiar y visita familiar integral.
 - b. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica, psicoterapias individuales.
 - c. Consultas médicas de salud mental, consulta psicológica, psicoterapia individual, intervención familiar.
 - d. Consulta psicológica, psicoterapias individuales y una intervención familiar.
25. ¿En qué servicio se registra el primer episodio psicótico?
- a. Emergencia.
 - b. Epidemiología.
 - c. Consultorios externos u hospitalización.

d. Vigilancia.

26. En qué momento se realizará el seguimiento de caso de la persona tratada por primer episodio psicótico.

- a. A los 7 meses posteriores de la identificación de caso.
- b. A los 6 meses posteriores de la identificación de caso.
- c. A los 4 meses posteriores de la identificación de caso.
- d. A los 3 meses posteriores de la identificación de caso.

ANEXO C

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El Instrumento del presente estudio de investigación contó con 26 preguntas, que midieron los conocimientos del personal de salud, teniendo en cuenta las dimensiones del estudio.

Para fines de esta investigación, la validez por Prueba Binomial por siete jueces expertos, como resultado $P=0,043$, por lo tanto: si $P < 0.05$ el grado de concordancia es SIGNIFICATIVO, de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez los resultados son menores de 0.05, por lo tanto, el grado de concordancia es SIGNIFICATIVA (ver tabla II).

La confiabilidad se realizó mediante el Alfa de Cronbach, saliendo el resultado de $\alpha=0.66$, por lo tanto, el instrumento es de confiabilidad alta.

ANEXO D

PRUEBA ESTADÍSTICA DE CONFIABILIDAD COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = n + \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n S^2(i)}{S^2(x)} \right)$$

Donde:

α = Alfa de Crombach

n = nro. de ítems

$\frac{\sum_{i=1}^n S^2(i)}{S^2(x)}$ = Varianza total

Rangos de confiabilidad	Magnitud
0.81 a 1.00	Muy alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy baja

Reemplazando los valores:

Cuestionario de conocimientos:

$$\alpha = 26/25 (1-0.36)$$

$$\alpha = 0.66$$

Por lo tanto, el instrumento es de confiabilidad alta.

ANEXO E

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó el muestreo por conveniencia, debido a los criterios personales del investigador seleccionó directa o intencionalmente a los individuos de la población. El muestreo, no probabilístico, estas se caracterizaron porque el investigador eligió a los que tuvieron las características que se buscaba en la investigación; el tamaño de la muestra fue de 44 trabajadores, entre ellos médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros del servicio de emergencia; no se empleó fórmula para el tamaño de la muestra.

ANEXO F

ESCALA DE VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO

N° de preguntas: 26

Nivel de conocimiento	Puntuación
Alto	27 – 39
Medio	14 – 26
Bajo	0 – 13

Medición de la Primera Dimensión: Conocimientos básicos

N° de preguntas: 8

- Alto: 9 – 12 puntos
- Medio: 5 – 8 puntos
- Bajo: 0 – 4 puntos

Medición de la Segunda Dimensión: Intento de Suicidio

N° de preguntas: 6

- Alto: 7 – 9 puntos
- Medio: 4 – 6 puntos
- Bajo: 0 – 3 puntos

Medición de la Tercera Dimensión: Síndrome Depresivo

N° de preguntas: 6

- Alto: 7 – 9 puntos
- Medio: 4 – 6 puntos
- Bajo: 0 – 3 puntos

Medición de la Cuarta Dimensión: Primer Episodio Psicótico

N° de preguntas: 6

- Alto: 7 – 9 puntos
- Medio: 4 – 6 puntos
- Bajo: 0 – 3 puntos