

FORMATO DE DESCRIPCIÓN DETALLADA DE PROYECTO DE GESTIÓN EN RED

2016

ESTE FORMATO DEBERÁ REQUISITARSE EN ESTRICTO APEGO A LAS INSTRUCCIONES DE CADA APARTADO. SE SOLICITA NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.

1.- Título del Proyecto: Se deberá señalar el tema central del proyecto relacionado con uno de los siete temas prioritarios señalados en la convocatoria, ser congruente con el objetivo general, así como describirse de forma clara y precisa. (Deberá ser idéntico al registrado en el Sistema en Línea).

Los costos previsibles con la Atención de Depresión Eficaz en Prevención y Seguimiento (ADEPSE) a través de la mejora en la atención, entre primer y segundo nivel para disminuir sus complicaciones biosocioeconómicas.

2.- Tema prioritario que abordará y componentes por medio de los cuales se desarrollará el Proyecto de Gestión en Red:

A) TEMAS PRIORITARIOS. Deberá seleccionar el tema prioritario sobre el que trata el proyecto.

B) COMPONENTES. Posteriormente elija por lo menos un tema de cada uno de los cuatro componentes (B1, B2, B3 y B4) y describa cómo por medio de los mismos se abordará el tema prioritario, para obtener resultados de valor y contribuir a la mejora de la calidad.

C) y D) Modelo de Gestión de Calidad en Salud y Salud a la Población.- Estos apartados son transversales, por lo que se consideran parte integral del proyecto.

A) TEMAS PRIORITARIOS			Marcar con una X el tema prioritario seleccionado
		Mejora de la calidad en la atención materna y perinatal.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con síndrome metabólico.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer cérvico uterino.	
		Mejora de la calidad en la atención al paciente con cáncer de mama.	
		Mejora de la calidad en la atención de la salud mental.	X
		Mejora de la calidad en la atención de tumores de la infancia y la adolescencia.	
		Mejora de la calidad en la atención de infarto agudo al miocardio y sus complicaciones.	
B) COMPONENTES			Marcar con una X al menos un tema de cada uno de los cuatro componente y para cada uno de ellos describir con detalle cómo se abordará en el proyecto
D) Salud en la población	C) Modelo de Gestión de Calidad en Salud	B4) Organizaciones confiables y seguras	1.- Seguridad del Paciente: Metas Internacionales (modificado de Joint Commission):
			1.1. Identificar correctamente a los pacientes.
			1.2. Mejorar la comunicación efectiva.
			1.3. Mejorar la seguridad de los medicamentos.
			1.3.1 Uso racional de medicamentos.
			1.3.2 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
1.3.3 Disminución de riesgos por alergia a medicamentos.			
1.3.4 Prevención de errores en las etapas del proceso de medicación.			
		1.4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	

		1.5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica. 1.5.1 Bacteriemia Cero: Reducción de infecciones asociadas a catéter. 1.5.2 Reducción de Neumonía asociada a ventilador. 1.5.3 Reducción de infecciones asociadas a vías urinarias. 1.5.4 Reducción de infecciones asociadas a herida quirúrgica.	
		1.6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	
		2.- Gestión de Riesgos.	
		3.- Medicina basada en la evidencia a través de las Guías de Práctica Clínica.	X
		4.- Planes de Cuidados de Enfermería. 4.1 Clínica de heridas y ostomías.	
		5.- Calidad de los Servicios de Odontología.	
	B3) Experiencia Satisfactoria	6.- Participación Ciudadana: Aval Ciudadano.	
		7.- Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación a los usuarios de los Servicios de Salud.	X
		8.- Cultura de Seguridad del Paciente en Establecimientos de Atención Médica.	
	B2) Costos Razonables	9.- Diagnóstico oportuno de la Enfermedad.	
		10.- Prevención primaria y/o secundaria.	X
		11.- Seguimiento del paciente para el control de la enfermedad.	
		12.- Coordinación entre los diferentes niveles de atención para la ubicación correcta del paciente en el nivel que le corresponda.	
	B1) Acceso Efectivo	13.- Redes de Atención.	X
		14.- Red de Urgencias.	
		15.- Apoyo a la Acreditación.	
16.- Cuidados Paliativos.			

3.- Unidades que conforman la RED: Coloque el nombre completo de todas las unidades que conforman la Red; misma que deberá estar integrada por un mínimo de cuatro establecimientos de atención médica de primer nivel, uno de segundo nivel y/o uno de tercer nivel y estar coordinada por una Jurisdicción sanitaria, Región, Delegación o su equivalente. En caso de que la Red se conforme de más unidades, agregar las celdas en el nivel de atención correspondiente.

Jurisdicción/Región/Delegación/etc:	1 JURISDICCION COSTA GRANDE 05 GRSSA011684
Unidades de Primer Nivel de Atención	1 CSU LA UNION GRSSA008376
	2 HBC PETATLAN GRSSA005931
	3 HBC TECPAN GRSSA007121
Unidades de Segundo Nivel de Atención	4 CSU SAN LUIS SAN PEDRO GRSSA007294
	5 CSU EL EMBALSE GRSSA004765
	6 CSU SAN JERONIMITO GRSSA006042
Unidades de Segundo Nivel de Atención	1 HOSPITAL GENERAL ZIHUATANEJO GRSSA004753

Unidades de Tercer Nivel de Atención

1

4.- Identificación y análisis del problema: Es la identificación y análisis descriptivo de la situación actual de la problemática que se pretende solucionar. Dicha descripción deberá estar sustentada con datos o cifras que permitan la detección de las causas que la originaron, así como su prioridad de solución frente a otras problemáticas de la organización.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas y, para el año 2020 será la causa principal de incapacidad en el mundo. (OMS)

En México es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres, y novena para los hombres. (Berenzon; Salud Pública Méx 2013; Vol. 55(1):74-80).

Es una de las diez enfermedades más discapacitantes. Quienes la presentan pierden en promedio 25.51 días de trabajo al año, esto en comparación con los 6.8 días que dejan de laborar los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas no psiquiátricas como son la diabetes, la hipertensión y la artritis. (Estudio “El costo social de trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos”)

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. (OMS).

La depresión en México provoca pérdidas por más de \$9 mil millones de pesos anuales por ausentismo laboral. (Voz Pro Salud Mental).

En el Estado de Guerrero es casi nula la atención de este tipo de padecimientos debido a que no existen establecimientos para este tipo de atención especializada, hay si acaso centros de salud mental en una región del estado y es insuficiente para otorgar atenciones a todo el Estado. Es necesario precisar que en específico en nuestra región de la costa grande; se atendieron en el año 2015: 1011 pacientes con depresión, todos ellos en el grupo de edad de 15 a 59 años, la mayoría de los casos son mujeres, lo cual corresponde a las edades laboralmente productivas según la CONAPO. Se captaron 31 casos de intentos de suicidio (15 en Atoyac, 13 en Zihuatanejo, 1 en Coyuca, 1 en Técpan y 1 en la Unión). Cabe mencionar que la cifra está infravalorada, ya que la detección está hecha específicamente en 5 de los 132 centros de salud de la región y deja fuera además a los servicios de urgencias de otras Instituciones y servicios sanitarios. (recopilación por la Jurisdicción Sanitaria de la Costa Grande 05)

El suicidio es la complicación más grave de la depresión, cabe mencionar que no hay registros de caso reportados por la INEGI ya que estamos ubicados entre los últimos lugares de los estados con menos suicidios, pero sin embargo no se puede ignorar, ya que cada día hay más pacientes con este tipo de problemas que no están bien identificados, diagnosticados y tratados.

Nuestra región Costa Grande, es una población ya con bajos recursos que se encuentra en la Cruzada Contra el Hambre, su actividad económica está basada en el turismo (lo cual es inestable y temporal) principalmente, seguida de la ganadería, pesca y cultivo. Así mismo la escolaridad promedio es nivel secundaria, lo que prácticamente imposibilita el desarrollo laboral y dificulta el desarrollo personal. Y estos últimos factores, son de riesgo para el desarrollo de Depresión. (Historia y Geografía del Estado de Guerrero) (sinhambre.gob.mx) (OMS) (Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Ment vol.35 no.1 México ene./feb. 2012)

Por lo que el principal problema se presenta desde el primer nivel de atención en la detección oportuna; con ello el tratamiento a iniciar, el cual no es el adecuado muchas veces y se retrasa su referencia a la especialidad. A ello se agrega que hay una falta de seguimiento en muchos de los casos por los costos precisamente que requiere el que un paciente se desplace a segundo nivel. A su vez el segundo nivel atiende casos de intentos de suicidio, crisis de ansiedad, estados graves de ansiedad y otros trastornos que también suelen ser complicaciones de la depresión. y la depresión es también un padecimiento que acompaña a muchos trastornos crónico degenerativos, un paciente con diabetes o hipertensión, que padezca depresión, tendrá menor apego a su tratamiento, menores cuidados, y por ende mayores complicaciones en su salud metabólica. Sin embargo el personal no cuenta con las herramientas necesarias para dar un tratamiento psiquiátrico o psicológico, en casos de intentos de suicidio o cualquier otra complicación de la depresión, u otro padecimiento afectivo. Por lo que se hace necesario apostar a la detección oportuna para abordar un tratamiento a tiempo, que evite a los pacientes complicaciones en su salud y que detonen incluso defunciones.

5.- Justificación del proyecto: Describir por qué se considera oportuno, necesario o indispensable la realización del proyecto y su factibilidad. Argumentar cómo con su realización se atenderá el problema planteado, cuál será su contribución y a quiénes se pretende beneficiar con su desarrollo.

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.

Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. La atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 reciben atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

En los centros de salud se cuenta con médicos generales, psicólogos y promotores en algunos casos, que con las herramientas necesarias para la detección diagnóstica y el enfoque terapéutico; se traduciría en el beneficio de la disminución de la tasa de trastornos afectivos, y con ello las complicaciones ya mencionadas en la identificación del problema. A pesar de que se cuenta con una psiquiatra para toda la región, es posible dar la capacitación al personal en distintas comunidades, además de organizar y hacer efectiva la comunicación entre los dos niveles de atención y así entonces se puede incidir en que el paciente: tenga una detección inicial (en primer nivel), sea referido al especialista (en segundo nivel) lleve seguimiento en su lugar de residencia a través de su unidad (primer nivel) y se reinstale cuanto antes a su vida normal; recordemos que la población afectada está en edad laboralmente productiva; por lo tanto las pérdidas socioeconómicas se verán disminuidas. Si vemos más de cerca, un paciente con depresión no acude sólo a las consultas, amerita del acompañante, si además es diabético o hipertenso, se requerirá del acompañamiento a todos estos servicios, ya que en depresión se alteran las funciones cognitivas que permiten al paciente entender las indicaciones de su médico. También se pierden los días laborables del acompañante. A la par serán beneficiados incluso aquellos otros programas de salud física no mental (diabetes, hipertensión, etc) ya que un paciente de tales padecimientos pero sin depresión, previene mayores complicaciones que aquellos con depresión.

Lo factible está pues en que ambos niveles se involucran y no sólo se estará previniendo la depresión y sus complicaciones más graves como el suicidio. Sino que hasta tiene alcance para otros trastornos crónico-degenerativos que también en sus complicaciones dejan altos costos a la salud pública. En la atención de la depresión no se gasta enormemente en paraclínicos (laboratorios, instrumentos digitales de medición, etc).

6.- Objetivo general: Describir el propósito general que se pretende alcanzar, el cual deberá estar vinculado con el tema prioritario que abordará el proyecto. Debe ser específico, medible, orientado a una acción, realista y con un tiempo limitado.

Con la ADEPSE se pretende reducir las complicaciones bio (desarrollo de comorbilidades y/o complicaciones médicas) socio (disminución de la tasa de suicidios) economicos (disminución en el gasto público por los padecimientos crónicos y de salud pública)

Es por ello que con el presente proyecto se pretende: disminuir la tasa de discapacidad por depresión, disminuir los costos de tratamientos a largo plazo quitando la cronificación que se ocasionan con recurrencias, recaídas y complicaciones por la patología. Disminuir el desarrollo de comorbilidades médicas, disminuir las complicaciones médicas de las comorbilidades que tienen los pacientes con depresión; disminuir el costo social ya que se incidirá en pacientes que se encuentran en edad productiva laboralmente hablando. Disminuir la tasa de suicidios.

7.- Objetivos específicos: Describir lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general y presentarse en una secuencia lógica y conectada, es decir deberán ser logros parciales asociados a los componentes seleccionados, que en su conjunto permitan atender el tema prioritario y garantizar la consecución del proyecto. Los objetivos específicos deben ser claros, congruentes, factibles y medibles por medio de las metas e indicadores definidos en el apartado correspondiente.

Objetivo específico 1 (vinculado al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)

Capacitar en las guías clínicas del manejo de depresión ymhGAP, para la unificación de criterios de diagnóstico oportuno y correcto de la depresión.

Objetivo específico 2 (vinculado al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

La intervención de la COCASEP mediante la revisión en la atención en ambos niveles, para la transparencia de las necesidades atendidas de cada paciente.

Objetivo específico 3 (vinculado al componente de *Costos Razonables*)

Interacción con las escuelas a través de talleres para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes, y de éste modo hacer la prevención de la depresión en estos futuros adultos.

Promover la detección oportuna de Depresión en jóvenes y adultos, así como su canalización para ADEPSE

Objetivo específico 4 (vinculado al componente de *Acceso Efectivo*)

Mejorar la comunicación efectiva y permanente en la region costa grande entre 1° y 2° nivel, mediante herramientas tecnológicas (expediente electrónico) y físicas (hoja de referencia y libreta propia del paciente) que además de permitir la comunicación entre tales niveles; permiten la comunicación incluso con el propio paciente, reforzando los puntos claves (en su libreta propia de paciente) que el paciente amerita conocer y entender para mejora de su salud.

8 y 9.- Metas e Indicadores.-Se deberán establecer metas e indicadores para dar seguimiento trimestral al avance en la implementación del proyecto, conforme a lo establecido en las Reglas de Operación vigentes.

Metas. Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y vinculados con los componentes seleccionados. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros.

Indicadores. Definir el indicador que permita medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas en el proyecto.

El número de metas e indicadores definidos deberán estar estrictamente vinculado con el número de objetivos específicos establecidos y los componentes seleccionados. Esta información deberá registrarse en la tabla correspondiente para cada indicador tomando como base el siguiente ejemplo:

Ejemplo:

<p>Meta: Deberán ser la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos en el proyecto y que permitirán medir el grado de avance y cumplimiento de los mismos. Deberán ser factibles considerando los plazos, así como los recursos humanos y financieros, por lo que se deberá hacer referencia concreta al cuánto y al cuándo, y mediante su definición se deberá garantizar un avance de las mismas de al menos un 50% de cumplimiento al primer semestre.</p>	<p><i>95% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclampsia se les mide y registra la tensión arterial y proteinuria.</i></p>
<p>Indicador: El indicador deberá medir el logro de las actividades que permitirán alcanzar las metas planteadas en el proyecto y deberá contener los siguientes elementos para su adecuado seguimiento y evaluación:</p>	
<p>Nombre: Deberá señalarse la denominación precisa con la que se distingue al indicador. Debe ser claro, entendible y consistente con el método de cálculo.</p>	<p><i>Porcentaje de pacientes con preeclampsia que se atienden en el servicio de urgencias y que se les midió y registró la tensión arterial y proteinuria por medio de tira reactiva.</i></p>
<p>Definición: Se debe explicar brevemente y en términos sencillos, qué es lo que mide el indicador. Debe precisar qué se quiere medir del objetivo al que está asociado (no debe repetir el nombre del indicador).</p>	<p><i>El indicador permite identificar con precisión la medición de tensión arterial y proteinuria en los casos indicados.</i></p>
<p>Método de cálculo: Será la expresión numérica del indicador y determinará la forma en que se relacionan las variables establecidas para el mismo. La fórmula deberá estar compuesta por un numerador que represente los eventos observados y un denominador que describa los factores de referencia.</p>	<p><i>Número de pacientes con preeclampsia que se les midió y registró la tensión arterial y proteinuria</i> <i>X 100</i></p> <hr/> <p><i>Total de pacientes que acudieron al servicio de</i></p>



	<i>urgencias con preeclamsia</i>			
Unidad de medida: Será la forma en que se quiere expresar el resultado de la medición al aplicar el indicador; deberá estar relacionada invariablemente con el método de cálculo y los valores expresados en la línea base y las metas.	<i>Porcentaje</i>			
Sentido: Se hará referencia a la dirección que debe tener el comportamiento del indicador para identificar su desempeño. Cuando el sentido es ascendente, la meta siempre será mayor a la línea base y si el resultado es mayor al planeado, representará un desempeño positivo. Cuando el sentido es descendente, la meta siempre será menor a la línea base y si el resultado es menor a la meta planeada, representará un desempeño positivo.	<i>Ascendente</i>			
Frecuencia de medición: Se hará referencia a la periodicidad con que se realizará la medición del indicador (será importante considerar que los informes de seguimiento solicitados a nivel federal serán de frecuencia trimestral).	<i>Trimestral</i>			
Línea base: Será el valor del indicador que se establece como punto de partida para evaluarlo y darle seguimiento.	<i>75% de las mujeres que acuden al servicio de urgencias con preeclamsia se les mide y registra la tensión arterial y la proteinuria.</i>			
Avances de la meta: El avance por trimestre corresponderá a los logros parciales de la meta, por lo que en el ejemplo el 100% de avance corresponderá al logro de la meta que es de 95%.	<i>1er. Trimestre</i>	<i>2º. Trimestre</i>	<i>3er. Trimestre</i>	<i>4o. Trimestre</i>
	<i>20%</i>	<i>50%</i>	<i>80%</i>	<i>100%</i>
1. Medios de verificación. Indican las fuentes de información que se utilizarán para medir y verificar el cumplimiento de los indicadores, esta información podrá ser tomada de sistemas de información, reportes diarios, libretas de registro, entrevistas, bitácoras, etc.	<i>Expediente clínico y hoja de datos.</i>			

Meta e Indicador 1 (vinculado al objetivo 1 y al componente de Organizaciones confiables y seguras)

Meta:	Capacitación al 100% del personal involucrado en salud mental SOBRE GUIAS CLINICAS APLICABLES Y MHGAP			
Indicador				
Nombre:	Porcentaje de personal capacitado en el uso de guías clínicas aplicables y mhGAP			
Definición:	Medir el conocimiento en los criterios diagnósticos de la depresión			
Método de cálculo:	Número de personal de la red capacitado en las guías clínicas y mhGAP/ entre total de personal perteneciente a salud mental de la red x100			
Unidad de medida:	porcentaje			
Sentido:	ascendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	30%			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	30%	50%	80%	100%
2. Medios de verificación.	Evaluaciones al inicio y al final de la capacitación. Y cada trimestre			

Meta e Indicador 2 (vinculado al objetivo 2 y al componente de Experiencia Satisfactoria)

Meta:	Retroalimentación con la COCASEP, en el 100% de las unidades involucradas mediante el uso del sistema unificado de gestión.
Indicador	
Nombre:	Porcentaje de unidades comprometidas con la COCASEP
Definición:	Mide el compromiso e involucramiento de la unidad de atención con los pacientes con depresión a través de minutas que incluyan si se hizo la revisión de las notas médicas en el expediente clínico con sus respectivas escalas.



Método de cálculo:	Número de unidades comprometidas con la COCASEP por 100, entre el total de unidades involucradas			
Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Ascendente			
Frecuencia de medición:	trimestral			
Línea base:	0			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	30%	50%	80%	100%
3. Medios de verificación.	Escalas y notas médicas en el expediente clínico electrónico y minutas			

Meta e Indicador 3 (vinculado al objetivo 3 y al componente de *Costos Razonables*)

Meta:	Reducción de la detección de depresión en adolescentes de las escuelas con tasas por debajo del 20%
Indicador	
Nombre:	Diagnóstico oportuno y tratamiento en adolescentes identificados en escuelas.
Definición:	Mide la identificación y diagnóstico oportuno de este tipo de padecimientos en adolescentes mediante la aplicación de escala de satisfacción de la vida en los adolescentes y escala de desesperanza de Beck también en adolescentes para el nivel primario de atención.
Método de cálculo:	Número de adolescentes con escalas de satisfacción de la vida y escala de desesperanza de Beck positivas/total de adolescentes con escalas aplicadas x 100

Unidad de medida:	Porcentaje			
Sentido:	Descendente			
Frecuencia de medición:	Trimestral			
Línea base:	Menos del 100%			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	menos del 100%	menos del 75%	menos del 50%	menos del 20%
4. Medios de verificación.	Escala de Beck y satisfacción en la vida			

Meta e Indicador 4 (vinculado al objetivo 4 y al componente de Acceso Efectivo)

Meta:	100 % de la referencia y contrarreferencia oportuna y directa de los pacientes con depresión
Indicador	
Nombre:	% de atención de referencias y contrarreferencias de pacientes con problemas de depresión mediante la comunicación electrónica, telefónica y documental.
Definición:	Mide la capacidad de atención aprovechando los medios de comunicación inmediata bidireccional entre ambos niveles de atención, a través de sistema telefónico para casos urgentes y electrónico para los casos no urgentes, así como el seguimiento electrónico entre ambos niveles
Método de cálculo:	porcentaje

Unidad de medida:	Número de pacientes contrarreferidos del segundo nivel / entre el número de pacientes referidos por el primer nivel x100			
Sentido:	ascendente			
Frecuencia de medición:	trimestral			
Línea base:	30%			
Meta	1er. Trimestre	2º. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
	30%	50%	80%	100%
5. Medios de verificación.	Bitácoras de hoja de referencia y contrarreferencia, registros de seguimientos en expedientes clínicos, registros de visitas domiciliarias.			

10.-Metodología: Se describirá de manera precisa ordenada sistemática y coherente la intervención a realizar; para el proceso metodológico deberá considerar en la descripción la siguiente información:

- Describir el funcionamiento de la Red, así como su interrelación para el logro de los objetivos y metas.

Una vez llegado un paciente a un centro de salud, se le aplicarán por parte de psicología; las escalas de Depresión (Hamilton y Beck) y si el resultado es positivo se valorará por el médico adscrito a esa Unidad, quien revisará si el paciente cuenta con los criterios diagnósticos de las guías clínicas de depresión e iniciará el tratamiento de acuerdo a las guías mhGAP; a su vez hará la referencia del paciente a Psiquiatría en segundo nivel y a Psicología de la Unidad para que éste realice la intervención Psicológica en el paciente. Todo ello con registro en expediente físico de la unidad y expediente virtual en red.

El enlace será vía telefónica unidades de 1º nivel con hospital general con una red de teléfonos móvil en la cual cada unidad contara con un directorio telefónico de enlace del personal a cargo para la atención inmediata, el personal que realice la gestión tendrá que realizar registro de la misma, se dará seguimiento con el registro de la llegada de referencias así como contrarreferencias para llevar un control de los pacientes.

La atención del paciente ya en segundo nivel, será realizada por el equipo de Salud Mental, quien corroborará que el paciente tenga ya las escalas, para que a su vez sirven de referencia para la evolución del paciente. Se valorará por Psiquiatría, registrará en expediente virtual el plan terapéutico (para que el médico de su Unidad

tenga conocimiento del mismo), en expediente físico de la Unidad, y en la libreta propia del paciente (con la finalidad de que el paciente tenga a la mano y con claridad, sus sugerencias e indicaciones, realizadas por el personal que le ha atendido; así también el paciente podrá registrar en ella la evolución que percibe y también las observaciones al servicio que recibe mediante un cuestionario de satisfacción de atención recibida o incluso anotaciones si fuese necesario). El paciente retornará (con contrarreferencia) a su Unidad de adscripción para continuar el tratamiento farmacológico (por el médico) y psicoterapéutico (por el psicólogo). Será valorado por el médico de la Unidad a las 3 semanas para revisar la tolerancia a los fármacos, éste médico podrá hacer enlace directo a través de vía telefónica o video llamada con Psiquiatría para normar la conducta terapéutica que el paciente amerite. Regresará a los 2 meses a Psiquiatría para reforzar las medidas terapéuticas y fomentar el apego a tratamiento así como revisión de evolución. Continuará su seguimiento en su Unidad con aplicación de escalas a los 6 meses para registrar la evolución gráfica del paciente. La red de comunicación estará siempre vigente para las eventualidades del paciente, que el médico o psicólogo considere enlazar al psiquiatra. A los 10 meses se iniciará el protocolo para la pre-alta del paciente, que consiste en la psicoeducación sobre recaídas y mejora de calidad de vida. A los 12 meses previa aplicación de escalas en su unidad; se realizará por parte de psiquiatría la valoración para alta del paciente, así como la valoración y el reforzamiento de neuroplasticidad cerebral del paciente.

Cada mes se planea una junta por unidad para evaluar, a su vez se planea junta de todas unidades por video llamadas o skype (ya que en ocasiones es imposible por las distancias que se reúnan todos los implicados). Cada unidad hará llegar su información mensual a la encargada de jurisdicción vía correo electrónico. Se podrán revisar las bitácoras, referencias y contrarreferencias pendientes para personalizar la mejor respuesta para ese paciente.

- Describirlas características de la población a la que va dirigido el proyecto, es decir las características de la población beneficiada.

La población a atenderse se encuentra en la Cruzada Contra el Hambre, la región está formada por bahías, tierras planas y laderas empinadas. Se produce coco, mango, plátano, papaya, maíz, cítricos, café y miel. En las tierras planas hay grandes plantaciones de cocoteros, su principal actividad económica está basada en el turismo, seguida por la agricultura y la ganadería.

Así mismo la escolaridad promedio es nivel secundaria, y la mayor parte de la población son personas de bajos recursos, por lo cual la mayoría cuenta con el programa de seguro popular para poder tener acceso a los servicios de salud. Sus costumbres y tradiciones son muy arraigadas ya que aún la mayoría de la población no es consciente de la importancia que tiene la salud mental y por la misma situación no es atendida.

- Describirel espacio geográfico o local en el que tendrá lugar el desarrollo del proyecto.

La región de la Costa Grande se encuentra geográficamente en parte del sur, suroeste y oeste del estado, colindando al norte con la región de Tierra Caliente y parte del estado de Michoacán, al sur con el Océano Pacífico, al oeste con el estado de Michoacán y parte del océano Pacífico, y al este con las regiones de Acapulco y Centro. Es una de las ocho regiones del estado, y está subsidiada por el programa de Cruzada contra el hambre. Toda la región cuenta con clima cálido húmedo.

Dentro de la región, el hospital General de Zihuatanejo se encuentra en el Mpio José Azueta y éste se encuentra ubicado al norte de la región, está situado en distancia a:

136 km del Hospital Basico Comunitario de Técpan de Galeana, implica 2 hrs o 2 hrs 30 min en transporte público.

34.5 km del Hospital Básico Comunitario de Petatlán, implica 40 minutos o 1 hora en transporte público.

103 km del centro de Salud de San Luis San Pedro, 1 hora 39 min ó 2 hrs en transporte público.

53 km del centro de Salud de La Unión, implica 44 min o 1 hora 30 min en transporte público.

- Describir el período en el que se desarrollará el proyecto.

Durante el año 2016 y con la visión de que si existe resultado se dejen las bases para continuarlo aun si no hubiese el patrocinio para la renovación del material didáctico o físico.

- Describir las herramientas de análisis, medición, validación, etc que serán utilizadas.

Escala de Hamilton para la depresión.

Inventario de depresión de Beck

Escala de satisfacción en la vida para aplicación a adolescentes

Libreta propia del paciente. Una libreta forma italiana que incluya cuestionario de satisfacción en la atención recibida por el personal de salud.

Cuestionario de satisfacción en la atención recibida

Expediente electrónico

Hoja de referencia y contrarreferencia

Bitácoras para diario de campo

MECIC

- Describir cómo será la recolección, organización, análisis, interpretación y presentación de datos.

Cada unidad mensualmente realizara la recolección de datos, y cada unidad se encargara de enviar vía electrónica sus resultados a jurisdicción para el análisis de resultados. Esto se deberá realizar a los 3 días de cada cierre mensual.

Las sesiones serán en la jurisdicción, permitiendo la presencia virtual a través de videollamadas, para aquellos que no pudieran presentarse físicamente; la jurisdicción enviará un recordatorio de la fecha y lugar en las que se harán las sesiones.

A dichas sesiones se invitará a personal de COCASEP y/o un aval ciudadano para consolidar los resultados, además de realizar una minuta.

Al término de la sesión se realizará un gráfico con las metas y logros obtenidos; y en un máximo de 3 días, se enviarán los resultados de forma física y electrónica y con copia de la minuta a nivel estatal.

- Describir cómo será la difusión/divulgación de resultados/logros.

Una vez determinados los resultados trimestrales, se publicaran los resultados debidamente validados por el aval ciudadano, en la pagina web y grupo de red social de ADEPSE.

Tambien se colocarán los resultados en un periódico mural.

El aval podrá hacer uso de éstos resultados con finalidad informativa a la población.

Se entregaran los resultados a los COCASEPS de la jurisdicción y el hospital.

13.-Resultados comprometidos: Deberán ser logros concretos, observables, evaluables y medibles, con los que se demuestre que se han alcanzado los objetivos definidos en el proyecto.

Resultado 1 (vinculado al objetivo específico 1 y al componente de *Organizaciones confiables y seguras*)

Capacitación al 100% del personal involucrado en salud mental sobre las guías clínicas de depresión y mhGAP

Resultado 2 (vinculado al objetivo específico 2 y al componente de *Experiencia Satisfactoria*)

Retroalimentación con la COCASEP, en el 100% de las unidades involucradas mediante el uso del sistema unificado de gestión.

Resultado 3 (vinculado al objetivo específico 3 y al componente de *Costos Razonables*)

Reducción de la detección de depresión en adolescentes de las escuelas con tasas por debajo del 20%

Seguimiento en el 100% de los pacientes con detección de depresión

Resultado 4 (vinculado al objetivo específico 4 y al componente de *Acceso Efectivo*)

De todos los pacientes captados con depresión, el 100 % referido y contrarreferido de forma oportuna y directa.