



GOBIERNO REGIONAL DE  
HUANCAVELICA  
CONSEJO REGIONAL

## ORDENANZA REGIONAL N° 561-GOB.REG-HVCA/CR

*Huancavelica, 04 de junio de 2026.*

**POR CUANTO:**

EL CONSEJO REGIONAL DE HUANCAVELICA:

Ha dado la Ordenanza Regional siguiente:

**ORDENANZA REGIONAL QUE APRUEBA EL PLAN REGIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD MENTAL: ALLIN KAUSAY HUANCAVELICA 2026 - 2030 Y DECLARA DE PRIORIDAD REGIONAL LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE HUANCAVELICA.**

Que, el artículo 191° de la Constitución Política del Estado, indica que los Gobiernos Regionales gozan de autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia, y el Consejo Regional tiene las atribuciones de normar la organización del Gobierno Regional a través de las Ordenanzas Regionales, en concordancia con el inciso a) del Artículo 15° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.

Que, la Constitución Política establece en su artículo 2, inciso 17, que toda persona tiene el derecho a participar, en forma individual o asociada, en la vida política, política, económica, social y cultural de la Nación. Los ciudadanos tienen, conforme a la ley, los derechos de elección, de remoción o revocación de autoridades, de iniciativa legislativa y de referéndum". Asimismo, de conformidad con el artículo 31 del mismo cuerpo normativo, toda persona tiene derecho a elegir y ser elegida representante, de acuerdo con las condiciones y procedimientos determinados por la ley orgánica;

Que, los Gobiernos Regionales emanan de la voluntad popular, son personas jurídicas de Derecho Público con autonomía política, económica y administrativa teniendo por misión organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, comparativas y delegadas en el marco de las políticas nacionales y sectoriales para la contribución al desarrollo integral y sostenible de la región, sus normas y disposiciones se rigen por los principios de exclusividad, territorialidad, legalidad y simplificación administrativa.

Que, el Artículo 7° de la Constitución Política del Perú, sobre el derecho a la protección de la salud, establece: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar, y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad, y aun régimen legal de protección, atención, readaptación, y seguridad";





GOBIERNO REGIONAL DE  
HUANCAVELICA  
CONSEJO REGIONAL

## ORDENANZA REGIONAL Nº 561-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 04 de junio de 2026.

Que, la Ley No 26842 - Ley General de Salud establece que: "la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre, y del anciano en situación de abandono social";

Que, la Ley Nº 29889, modifica el Artículo 11º de la Ley General de Salud Nº 26842, en los términos siguientes: "Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud mental, sin discriminación". "El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios, para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación".

Que, el Artículo 49º de la Ley Nº 27867 - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, establece las funciones en materia de salud, las cuales consisten en organizar, implementar, y mantener los servicios de salud, para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los gobiernos locales;

Que, el Plan Nacional de Salud Mental define objetivos y actividades a nivel sectorial y multisectorial, en cuyo Objetivo Estratégico Nº 2 establece "Fortalecer las redes de soporte, sociales, comunitarias para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes nivel nacional, regional, y asimismo en el Plan Estratégico Institucional de la DIRESA Huancavelica (2025- 2027), donde se define como Prioridad Sanitaria Regional Nº 5º y lineamientos de Política Pública en salud, en su Eje 1 de Atención Sanitaria Regional, las enfermedades de salud mental.

Que, el análisis y el estudio de las principales problemáticas recogidas a través del Sistema de Información en Salud de la DIRESA Huancavelica en el año 2024, en lo que refiere a la salud mental de la población de Huancavelica, se encuentra mayor prevalencia en la Violencia contra la mujer en el ámbito familiar, los trastornos depresivos, y de ansiedad, alto consumo de alcohol en población joven y adulta, así como Trastornos psicóticos, muchos de estas como secuelas del conflicto armado interno.

Que, el Ministerio de Salud, ha planteado en su Lineamientos de Políticas Públicas del Sector, El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), el mismo en el que se establece como eje central, las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y la comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. Este Modelo establece la visión





GOBIERNO REGIONAL DE  
HUANCAVELICA  
CONSEJO REGIONAL

## ORDENANZA REGIONAL N° 561-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 04 de junio de 2026.

multidimensional y biopsicosocial de las personas y comprende la provisión continua y coherente de servicios dirigidos al individuo, a su familia y comunidad, desarrollados en corresponsabilidad del sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Que, el Plan Regional Multisectorial de Salud Mental: Allin Kausay Huancavelica 2026-2030, diseñado bajo la asistencia técnica del Consejo Regional de Salud y el equipo técnico del Consejo Regional por la Primera Infancia, Niñez, Adolescencia – Desarrollo e Inclusión Social, es un instrumento estratégico de política pública que busca optimizar la respuesta integral en salud mental, de manera multisectorial en la región; el mismo que se alinea a las directrices nacionales del Ministerio de Salud al incorporar el Modelo de Cuidado Integral de la Salud (MCI) por Curso de Vida y la articulación territorial mediante las Redes Integradas de Salud (RIS), priorizando el modelo de atención comunitaria, la descentralización de los servicios y la garantía del derecho fundamental a la salud;

Que, el Artículo 38º de la Ley 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales establece que las Ordenanzas Regionales norman asuntos de carácter general, la organización y administración del Gobierno Regional y reglamentan materias de su competencia;

Por lo que, en uso de las atribuciones conferidas en la Constitución Política del Estado, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias, el Reglamento Interno del Consejo Regional; y, con el voto unánime de sus miembros;

### ORDENA:

**ARTICULO PRIMERO. – DECLARAR,** de interés y prioridad pública regional multisectorial la PREVENCIÓN Y ATENCIÓN de la salud mental en la región de Huancavelica de esta manera desarrollar intervenciones multisectoriales sostenibles en promoción, prevención y rehabilitación en favor de la población Huancavelicana.

**ARTÍCULO SEGUNDO. – APROBAR,** el "PLAN REGIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD MENTAL: ALLIN KAUSAY HUANCAVELICA 2026 - 2030 " el cual es parte integrante de la presente norma.

**ARTÍCULO TERCERO. - ENCARGAR,** a la Gerencia Regional de Desarrollo Social la conducción y monitoreo del plan, en coordinación con la Dirección Regional de Salud, ESSALUD, Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo, Sub Gerencia de Comunidades Campesinas, participación ciudadana e Inclusión Social, Sub Gerencia de la Juventud, Cultura y Deporte, OREDIS. En articulación con UDE SIS,





GOBIERNO REGIONAL DE  
HUANCAMELICA  
CONSEJO REGIONAL

## ORDENANZA REGIONAL N° 561-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 04 de junio de 2026.

la oficina de enlace del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Programas sociales JUNTOS, Cuna mas, Alimentación escolar, pensión 65, Contigo, Foncodes, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Programas sociales warmi ñan, INABIF, SIS, Corte Superior de Justicia Huancavelica, Ministerio Público distrito Fiscal Huancavelica Defensoría del Pueblo, Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Universidad Nacional de Huancavelica, Universidad Nacional Autónoma de Tayacaja, Municipalidades Provinciales de Huancavelica, Tayacaja, Castrovirreyna, Huaytara, Angaraes, Churcampa, Acobamba; Municipalidades Distritales, Colegio de Psicólogos CDR XIX, ONGs, World Visión, Food For the Hungry, Descocentro, Kusi Warma, Cooperación Internacional, UNICEF, ONGs, Colegios Profesionales y entidades públicas y privadas de la Región de Huancavelica.



**ARTÍCULO CUARTO. - CONFORMAR,** el equipo técnico del Plan Regional Multisectorial de salud mental; que debe ser dirigida por la Gerencia Regional de Desarrollo Social en coordinación y asesoría técnica de la Dirección Regional de Salud, la Dirección Regional de Educación, la misma que deberá proponer las instituciones conformantes de este equipo técnico de la implementación y evaluación del Plan Regional Multisectorial, el cual deberá ser oficializado mediante resolución en el plazo máximo de 10 días de la emisión de la presente ordenanza regional.



**ARTÍCULO QUINTO. - ENCARGAR** a la Dirección Regional de Salud, MIDIS, Gobiernos Locales, a través de sus instancias de articulación local (IAL DIS/CPS/CDS), la elaboración de planes, políticas locales que favorezcan la salud mental de su población.

**ARTÍCULO SEXTO. - ENCARGAR** al Ejecutivo Regional del Gobierno Regional Huancavelica la asignación presupuestal anual necesaria para la implementación del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica 2026-2030 a través de los programas presupuestales correspondientes.

**ARTÍCULO SÉPTIMO. -** La presente ordenanza regional deberá ser publicada en la separata Normas Legales del diario oficial "El Peruano", y sus anexos se podrá visualizar en la página web del Gobierno Regional de Huancavelica.

Comuníquese al señor Gobernador Huancavelica para su promulgación.

En Huancavelica a los cuatro días del mes de junio de 2026.





GOBIERNO REGIONAL DE  
HUANCAVELICA  
CONSEJO REGIONAL

# ORDENANZA REGIONAL N° 561-GOB.REG-HVCA/CR

Huancavelica, 04 de junio de 2026.

**POR TANTO:**

Mando se Publique y cumpla.

Dado en la sede del Gobierno Regional de Huancavelica, a los once días del mes de junio de dos mil veintiséis.





GOBIERNO REGIONAL DE  
**HUANCVELICA**



**“Plan Regional Multisectorial de Salud Mental:  
ALLIN KAUSAY HUANCVELICA 2026 – 2030”**

"Mentes fuertes, comunidades unidas, región que progresa."

World Vision 

 **GRDS**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE  
DESARROLLO SOCIAL  
HUANCVELICA

 **DIRESA-HVCA**  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCVELICA

El presente documento ha sido elaborado con el apoyo de World Visión Perú

## PLAN REGIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD MENTAL: ALLIN KAUSAY HUANCAMELICA 2026 -2030

© 2026 Gobierno Regional de Huancavelica  
Jr. Torre Tagle Nro. 336 cercado de Huancavelica  
<https://regionhuancavelica.gob.pe/>

### Coordinación general:

Senia Ayuque Loayza, Gerente Regional de Desarrollo Social  
Virginia Rivas Del Pino, Subgerente de Comunidades Campesinas, Participación Ciudadana e Inclusión Social  
Karina Martín Choque, Sub Gerente Regional de Juventud, Cultura y Deporte  
Odón Arce Chavez, Director Regional de la Oficina Regional de Personas con Discapacidad  
José Luis Torpoco Taipe, especialista de la Gerencia Regional de Desarrollo Social  
Karol Natali Ledesma Villa responsable de articulación de la Gerencia Regional de Desarrollo Social  
Carlos Bruce Maldonado Guevara, coordinador de la Estrategia Salud Mental de la Dirección Regional de Salud

### Equipo técnico:

Senia Ayuque Loayza, Virginia Rivas Del Pino, Karina Martín Choque, Odón Arce, José Luis Torpoco Taipe y Karol Natali Ledesma Villa (Gerencia Regional de Desarrollo Social); Leslie Meza Huapaya (Consultora WVP-GRDS); Pedro Smith Yauri Quijada; Edith Felices Paucar Olivar, Carlos Bruce Maldonado Guevara, Diana Mayumi Piundo Garay (Dirección Regional de Salud); Arturo Nery Segura, Lizardo José Santiago Osorio y Ángel Rolando Chancha Cabrera (Dirección Regional de Educación); (Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo); Gloria Nancy Ordoñez Ccora y Elmira Huayra Huarcaya (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Huancavelica); Cynthia Retamozo Rojas (Red Integrada de Salud Huancavelica); Isamar Tatiana De la Cruz Paco, Gretty Cuchula Palomares y Rosario Pomacaruha Riveros (Hospital Departamental de Huancavelica); Gabriela Ordoñez Ccora (Universidad Nacional de Huancavelica); Alejandra Sierra Matos Corte Superior de Justicia de Huancavelica); Edgar Gonzales Boza (Defensoría del Pueblo); Elva Yuri Condor Bustamante (Municipalidad Provincial de Huancavelica); (EsSalud); Lenin Pedro Palacios Lader y Angela Giráldez Bendejú (PNP); Marco Antonio Preciado Muñoz (Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales – FED del MIDIS); María Elena Quispe Torres y Liz Elvira Carhuapoma Muñoz (Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - Warmi Ñan); Miriam Rocío Huayra Huarcaya y José Luis Condori Quispe (Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - Juntos); Ligia Stefani Caballero Taipe (Seguro Integral de Salud - SIS); Nery Peñares Raymundo (Unidad de Protección Especial de Huancavelica del MIMP); Rufino Jurado Mancha (Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social - PAIS); Marisol Loayza Huamán y Shirley Stefany Reymundo Montalvan (Servicio de Educadores de Calle del INABIF -MIMP); Ruben Elizarbe Villanueva (Programa Nacional de Alimentación Escolar Comunitaria Wasi Mikuna), Blanca Luz Boza Cabrera (Food For The Hungry Perú); Jean Carlos Ordoñez Almonacid y Fredy Carrera Querezola (Unicef); Mary Luz Rupay Ruiz y Sandro Vargas Huamán (World Vision); Zenaida Alvarez Meza (Descocentro); Clorinda Melchora Montes Pari; Victor Hugo Cárdenas Almonacid, Fany Yauri Cusi (Aprodeh).

### Editado por:

Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Huancavelica

### Diseño de portada, diagramación y fotografías:

Oficina de Imagen Institucional del Gobierno Regional de Huancavelica

1a. edición - julio 2026

Tiraje: 1000 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2026-00XXX

Se terminó de imprimir en julio del 2026 en: Talleres gráficos de la Universidad Nacional de Huancavelica. Av. Agricultura N° 319. Ciudad Universitaria de Paturpampa - Huancavelica

© 2026 Gobierno Regional de Huancavelica. Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública de esta obra, sin fines comerciales, siempre y cuando se cite la fuente y se mantenga la integridad de la obra original.

El presente documento fue elaborado y publicado con el apoyo técnico de WORLD VISIÓN



**Autoridades del Gobierno Regional de Huancavelica**

Leoncio Huayllani Taype  
Gobernador Regional de Huancavelica

Saturnina Quispe De La Cruz  
Vicegobernadora Regional

Pedro Abilio Roque Orellana  
Gerente General Regional

Senia Ayuque Loayza  
Gerente Regional de Desarrollo Social

Wendy Pompilio Candiotti  
Director Regional de Salud

Walter Gala Palomino  
Director Regional de Educación

Alain Munarriz Escobar  
Director Regional de Trabajo y Promoción del Empleo

**Consejo Regional**

Fredy Abad Chávez Parco, Consejero Regional de Tayacaja  
Presidente del Consejo Regional (2026)

José Torres Humaní, Consejero Regional de Huancavelica

Paúl Laurente Enríquez, Consejero Regional de Huancavelica

Ricardo Yauricasa Flores, Consejero Regional de Huaytara

Ángel Alcides Gutiérrez Casavilca, Consejero Regional de Tayacaja

Héctor Bari Mamani Coila, Consejero Regional de Angaraes

Juan José Anyaipoma Maldonado, Consejero Regional de Angaraes

Ever Sulca Escobar, Consejero Regional de Acobamba

Godofredo Vargas Mendoza, Consejero Regional de Acobamba

Meger Josue Rojas Meza, Consejero Regional de Churcampa

Edgar Luis Ñahui Durand, Consejero Regional de Castrovirreyna

---

Se sugiere citar este documento de la siguiente manera:

Gobierno Regional de Huancavelica (2026). *Plan regional multisectorial de salud mental: Allin Kausay de Huancavelica 2026 -2030*. 1ª edición. Huancavelica: Gerencia Regional de Desarrollo Social.

---

**ÍNDICE:**

<b>I.</b>	<b>Presentación.....</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>Finalidad.....</b>	<b>9</b>
<b>IV.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>11</b>
<b>V.</b>	<b>Ámbito de aplicación.....</b>	<b>12</b>
<b>VI.</b>	<b>Base legal.....</b>	<b>14</b>
	<b>6.1 Normativa y políticas públicas en salud mental</b>	
	<b>6.2 Leyes y políticas de salud mental a nivel nacional y regional</b>	
	<b>6.2.1 Nivel nacional</b>	
	<b>6.2.2 Nivel regional</b>	
<b>VII.</b>	<b>Contenido</b>	
	<b>7.1 Aspectos técnicos conceptuales</b>	
	<b>7.1.1 Marco Conceptual.....</b>	<b>17</b>
	<b>7.1.2 Definiciones operativas.....</b>	<b>29</b>
	<b>7.2 Análisis de la situación actual de la Salud Mental.....</b>	<b>31</b>
	<b>7.2.1 Situación de la salud mental en la región.....</b>	<b>32</b>
	<b>7.2.2 Prevalencia de trastornos mentales u otros problemas de salud mental.....</b>	<b>33</b>
	<b>7.2.3 Condiciones sociales y psicosociales que afectan la salud mental.....</b>	<b>41</b>
	<b>7.2.4 Problemas identificados.....</b>	<b>50</b>
	<b>7.2.5 Árbol de problemas.....</b>	<b>61</b>
	<b>7.2.6 Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental.....</b>	<b>62</b>
	<b>7.2.7 Percepción y estigmatización en la comunidad sobre la salud mental.....</b>	<b>63</b>
	<b>7.2.8 Estrategias y programas existentes.....</b>	<b>63</b>
	<b>7.2.9 Cumplimiento de los derechos humanos en salud mental.....</b>	<b>65</b>
	<b>7.2.10 Alternativas de solución.....</b>	<b>67</b>
	<b>7.2.11 Árbol de objetivo.....</b>	<b>63</b>



**7.2.12 Indicadores de impacto..... 64**

**7.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI..... 66**

**7.4 Actividades por objetivos**

**7.5 Presupuesto**

**7.6 Financiamiento**

**VIII. Responsabilidades**

**Bibliografía**

**Anexos**



## I. PRESENTACIÓN

Es para mí, como Gobernador Regional, un honor y una responsabilidad ineludible presentar ante nuestra región y el país el **Plan Regional Multisectorial de Salud Menta: "Allin Kawsay Huancavelica" 2026 – 2030**. Este documento no representa únicamente un esfuerzo administrativo; es un pacto social y humano para proteger el capital más valioso de nuestra tierra: el bienestar emocional y la paz de nuestras familias.

Huancavelica es una región de historia, coraje y resiliencia. Sin embargo, no podemos ignorar las profundas cicatrices que los problemas de salud mental, el estigma y la violencia han dejado en nuestro tejido social. Las brechas históricas de acceso a servicios especializados, sumadas a factores determinantes como la pobreza y la exclusión, nos exigen una respuesta que sea a la vez técnica, humana y profundamente arraigada en nuestra identidad cultural.

Bajo el concepto de "Allin Kawsay" el buen vivir en armonía con uno mismo y con la comunidad, este plan rompe con el enfoque tradicional de ver la salud mental solo desde los hospitales. Esta es una apuesta **multisectorial**. Aquí convergen Salud, Educación, Justicia y Desarrollo Social, junto a nuestros gobiernos provinciales y distritales, para actuar desde la prevención en las escuelas, el fortalecimiento de la crianza en el hogar y la atención digna en nuestros Centros de Salud Mental Comunitaria.

La implementación de este plan cuenta con un respaldo financiero sólido, articulado a los **Programas Presupuestales por Resultados (0131, 0051, 0080, 0121, entre otros)**. Esto garantiza que cada recurso invertido se traduzca en una madre que recibe soporte emocional, un joven que desarrolla resiliencia ante las adicciones o un adulto mayor que vive con dignidad y acompañamiento.

Al 2030, nuestra visión es clara: una Huancavelica con **mentes fuertes y comunidades unidas**, donde la salud mental sea un derecho ejercido plenamente y no un privilegio de pocos. Convoco a todas las autoridades, líderes comunales y a la sociedad civil a sumarse a este compromiso regional. Porque sin salud mental, no hay salud; y sin bienestar emocional, no hay prosperidad posible para nuestro pueblo.

¡Kausachun Huancavelica!


**Dr. Leoncio Huayllani Taype**

Gobernador Regional de Huancavelica



## II. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, resulta fundamental comprender la relevancia de la salud mental dentro del ámbito social, ya que su adecuado desarrollo favorece el bienestar individual e impacta positivamente en el entorno colectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de equilibrio en el que la persona es capaz de desarrollar sus habilidades, afrontar las tensiones cotidianas, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad, lo cual la convierte en un eje prioritario de la salud pública a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).



Los estudios epidemiológicos reflejan un incremento sostenido en los trastornos mentales tanto en el ámbito mundial como nacional y regional. Según datos del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (2019), aproximadamente el 13% de la población mundial sufre de algún trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (31%) y los trastornos depresivos (28,9%). En el Perú, el Ministerio de Salud (2024) señala que los trastornos neuróticos y relacionados con el estrés, como la ansiedad, representan el 24,2% de las afecciones mentales, seguidos por los trastornos del humor —incluyendo la depresión— con una prevalencia del 14,3%. En la región Huancavelica, de acuerdo con datos de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Huancavelica (2024), los trastornos de ansiedad encabezan las estadísticas con un 46,9%, seguidos por los trastornos depresivos con un 18,4%.

Ante este panorama, muchos países han diseñado y aplicado políticas públicas orientadas a fortalecer la salud mental, respaldadas por evidencia científica. En el contexto regional, Huancavelica implementó el “Plan Regional de Salud Mental 2014–2019”, aprobado mediante Ordenanza Regional N.º 275-GOB.REG. -HVCA/CR, el cual sentó las bases para el abordaje de esta problemática. No obstante, tras seis años de culminado dicho plan, se ha

identificado un aumento de los casos relacionados con problemas psicosociales y trastornos mentales, acentuado por factores estructurales como la desigualdad y las crisis sanitarias.

En este sentido, el más reciente Informe Mundial sobre la Salud Mental (OPS & OMS, 2022) recalca que es urgente replantear las acciones tradicionales, destacando que “ahora, más que nunca, no se puede seguir actuando como siempre en lo que respecta a la salud mental”. Bajo esta premisa, se ha formulado el nuevo Plan Regional de Salud Mental Multisectorial 2025–2030, el cual adopta un enfoque integral y colaborativo, con el propósito de promover el bienestar mental, prevenir los trastornos, asegurar atención oportuna y de calidad, y garantizar los derechos humanos de las personas afectadas. Este plan ha sido validado mediante talleres participativos que incluyeron representantes de distintos sectores comprometidos con la salud mental regional y respaldado con evidencia científica.



### III. FINALIDAD

El presente plan tiene como finalidad contribuir al bienestar integral de la población de la región Huancavelica mediante la promoción, prevención, atención oportuna y recuperación en salud mental, en concordancia con un enfoque de derechos humanos, equidad e interculturalidad. Asimismo, busca reducir la carga de los problemas psicosociales y trastornos mentales, fortaleciendo la capacidad de respuesta del sistema de salud y de los sectores involucrados, mediante una acción articulada e intersectorial que permita mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible en la región.



Como contexto tenemos que el 21 de mayo de 2012, la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA65.4, en la cual se reconoce la elevada carga global asociada a los trastornos mentales, así como la necesidad de que los sectores salud y social respondan de forma articulada, integral y coordinada en cada país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Como parte de dicha respuesta global, la OMS elaboró el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030, con el fin de fortalecer el liderazgo y la gobernanza en salud mental, proporcionar servicios integrales basados en la comunidad, implementar estrategias de promoción y prevención, y robustecer los sistemas de información e investigación en esta materia (OMS, 2021).

A nivel nacional, el Perú cuenta con un marco normativo orientado a la protección y promoción de la salud mental. La Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N.º 007-2020-SA, continúan vigentes y establecen como finalidad proteger el bienestar integral de las personas, sus familias y comunidades. Asimismo, garantizan el respeto por los derechos y la dignidad de las personas con trastornos mentales, promueven el desarrollo de servicios comunitarios, la articulación intersectorial e

intergubernamental, y aseguran el acceso a tratamientos y medicamentos esenciales (Ministerio de Salud [MINSA], 2020).

En coherencia con esta normativa, se han aprobado planes técnicos nacionales. En 2018, mediante la Resolución Ministerial N.º 356-2018/MINSA, se oficializó el Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021, el cual fue construido mediante un proceso colaborativo entre el gobierno central, los gobiernos subnacionales, organizaciones de base comunitaria y agencias internacionales especializadas. Más recientemente, en 2024, se aprobó el Plan Nacional 2024–2028 (R.M. N.º 686-2024/MINSA), con el objetivo de asegurar el acceso a servicios integrales, oportunos y de calidad a lo largo del curso de vida (MINSA, 2024).



En el contexto de la región Huancavelica, se aprobó en 2014 mediante Ordenanza Regional N.º 275-GOB.REG. -HVCA/CR el Plan Regional de Salud Mental 2014–2019, que declaró como prioridad regional la atención en salud mental. Sin embargo, dicho plan no logró una implementación ni un seguimiento adecuado de los objetivos propuestos.

En línea con los compromisos nacionales e internacionales, y reconociendo las necesidades persistentes en la región, se presenta el Plan Regional de Salud Mental Multisectorial de Huancavelica 2025–2030. Este nuevo documento técnico tiene como objetivo principal reducir la incidencia de problemas psicosociales y trastornos mentales, así como mejorar la calidad de vida de la población.

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar general y puede verse comprometida por determinantes sociales, económicos y ambientales. Por ello, es fundamental abordarla mediante estrategias integrales que incluyan promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta tarea requiere la participación activa de múltiples actores, especialmente cuando se considera que ciertos grupos —como personas en situación de pobreza, niños y adolescentes víctimas de violencia, adultos mayores, minorías y personas afectadas por eventos

traumáticos— son particularmente vulnerables a desarrollar trastornos mentales (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & OMS, 2022).

A su vez, los problemas de salud mental no solo afectan el bienestar emocional, sino que inciden negativamente en la salud física y aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades cardiovasculares o infecciones de transmisión sexual. Por tanto, exigen la movilización de recursos comunes dentro del sistema de salud.

En Huancavelica, como en otras regiones del país, existe una notable escasez de personal especializado en salud mental, lo que representa una barrera crítica para una atención adecuada. El presente plan contempla una gestión compartida y coordinada entre sectores, con el liderazgo del Gobierno Regional, para la ejecución de acciones concretas a partir de los recursos ya disponibles en cada institución. Estas acciones se detallan en la matriz operativa del plan, con miras a generar un impacto sostenible y positivo en la salud mental de la población.



**IV. OBJETIVOS**

El objetivo de la elaboración del Plan Regional de Salud Mental es establecer lineamientos y directrices claras, coherentes y medibles que orienten un trabajo articulado e interinstitucional, con miras a su implementación durante los próximos seis años a partir de su aprobación. Este plan busca fortalecer de manera integral las acciones de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación en salud mental, tanto en beneficio de la población como del personal responsable de ejecutar dichas intervenciones.

**4.1 OBJETIVO GENERAL**

Reducir la incidencia de problemas psicosociales y trastornos mentales en la población durante el periodo 2025–2030.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Impulsar estrategias y actividades de promoción y prevención en salud mental en todas las etapas de vida.
2. Promover el desarrollo y fortalecimiento de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida.
3. Disminuir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
4. Fomentar entornos familiares saludables que favorezcan el adecuado desarrollo personal.
5. Fortalecer las condiciones comunitarias favorables y la articulación interinstitucional para el desarrollo integral de la población.
6. Consolidar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación en salud mental.



#### V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de cumplimiento obligatorio para todas las entidades e instancias institucionales involucradas en la gestión y provisión de salud mental a la población de la región Huancavelica.

El departamento de Huancavelica, situado en la sierra sur del Perú, abarca una extensión territorial equivalente al 1,7 % del territorio nacional. Se estructura en siete provincias — Huancavelica (19 distritos), Tayacaja (23), Acobamba (8), Angaraes (12), Churcampa (11), Huaytará (16) y Castrovirreyna (13)—, y tiene como capital la ciudad de Huancavelica (Tabla 1).

De acuerdo con las proyecciones demográficas del INEI/MINSA para el año 2026, la población regional alcanzará los 318 937 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 76 289 en la etapa de vida niño, 42 092 en la adolescencia, 67 003 en la juventud, 107 438 en la

adultez y 30 155 en la etapa de adulto mayor. Se destaca que el segmento adulto concentra el mayor porcentaje, representando el 33,1 % del total poblacional (Tabla 2).

Tabla N°1

HABITANTES POR PROVINCIA		
PROVINCIA	CANTIDAD DE HABITANTES	% DE HABITANTES
ACOBAMBA	29.628	9%
ANGARAES	48.155	15%
CASTROVIRREYNA	13.078	4%
CHURCAMPA	33.978	11%
HUANCAMELICA	104.925	33%
HUAYTARÁ	19.839	6%
TAYACAJA	69.289	22%
<b>TOTAL</b>	<b>318.937</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEI/MINSA - 2026 Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento.

Tabla N°2.

POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA						
ETAPA	NIÑO (0-11a)	ADOLESCENTE (12-17a)	JOVEN (18-29a)	ADULTO (30-59a)	ADULTO MAYOR (60a y +)	TOTAL
<b>CANTIDAD</b>	76.289	42.092	67.003	107.438	30.155	318.937
<b>PORCENTAJE</b>	23.5%	13.1%	21%	33.1%	9.4%	100%

Fuente: INEI/MINSA - 2026 Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento.



## VI. BASE LEGAL

### 6.1 NORMATIVA Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

- Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios.
- Resolución Ministerial N° 701-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 140-MINSA/2018/DGIESP, “Norma Técnica de Salud de Hogares Protegidos”.

### 6.2 LEYES Y POLÍTICAS DE SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

#### 6.2.1 Nivel Nacional

- Resolución Ministerial N° 686-2024/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024-2028”.
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, “Perú, País Saludable”.
- Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud, sus modificatorias.
- Ley N° 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas, y sus modificatorias.



- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, y su modificatoria.
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y sus modificatorias.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 010-2012-ED, que aprueba el “Reglamento de la Ley N° 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las Instituciones Educativas”, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 002-2014/MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 008-2019-SA, que aprueba el “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer – CEM y los Establecimientos de Salud – E.S. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo



familiar, en el marco de la Ley N° 30364 y personas afectadas por la violencia sexual”.

- Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental.
- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Supremo N° 005-2021-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)”.
- Resolución Ministerial N° 232-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances del Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental”.
- Resolución Ministerial N° 220-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).
- Resolución Ministerial N° 753-2021/MINSA, Documento Técnico, “Orientaciones Técnicas para el Cuidado Integral de la Salud Mental de la Población Adolescente”.



- Resolución Ministerial N° 120-2024/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 155-MINSA/DGIESP/2024, Directiva Sanitaria para el Cuidado Integral de la Salud Mental de Gestantes y Madres de Niñas y Niños Menores de 5 años, y su modificatoria.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Decreto Supremo N° 015-2006-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones.

#### 6.2.2 Nivel Regional

- Resolución Gerencial General Regional N° 024-210-GOB.REG.HVCA/GGR, que aprueba el Plan Regional de Implementación de Aseguramiento Universal en la Región Huancavelica.
- Plan regional concertado de salud Huancavelica (2007).
- Plan regional de salud mental de Huancavelica 2014-2019, aprobado mediante Ordenanza Regional N°275.GOB.REG-HVCA/CR.

## VII. CONTENIDO

### 7.1 ASPECTO TÉCNICOS CONCEPTUALES

#### 7.1.1 MARCO CONCEPTAL

Es indudable que la noción de salud mental ha experimentado una constante reconfiguración desde enfoques multidisciplinarios, ajustándose a las transformaciones sociales y culturales que aportan nuevas perspectivas sobre su significado (OMS, 2001). Para fundamentar las orientaciones teóricas adoptadas en este plan, resulta imprescindible evocar a Erich Fromm (1947), quien sostiene que, desde una perspectiva ética, existen fuerzas que estimulan el desarrollo humano y otras que lo obstaculizan; asimismo, subraya la



inseparabilidad entre individuo y sociedad, de modo que la salud mental no puede entenderse al margen del entramado social que la condiciona.

Complementariamente, Macaya, Pihan y Vicente (2009) distinguen tres dimensiones centrales en la configuración de la mente humana: (a) los determinantes biológicos inherentes al organismo, (b) los aprendizajes adquiridos a través de la experiencia familiar y social a lo largo del ciclo vital, y (c) la presencia de trastornos mentales, que modulan la vivencia subjetiva y el funcionamiento psíquico.

En consonancia con estos planteamientos, Vidal y Alarcón (2015) definen la salud mental como “un estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar de manera creativa con su entorno, favoreciendo su crecimiento y bienestar individual, así como el de su comunidad, y contribuyendo a la mejora de las condiciones de vida conforme a sus particularidades” (p. 81).

De lo anterior se deriva la necesidad de implementar un modelo de intervención que combine estrategias comunitarias e intersectoriales, sin descuidar la atención a las necesidades y singularidades de cada sujeto. En este marco conceptual, resultan fundamentales los siguientes conceptos:

#### 1. Salud Mental:


La OMS (2022) la define como un estado de equilibrio psíquico que permite al individuo afrontar eficazmente las exigencias y tensiones inherentes a la vida cotidiana, desarrollar su potencial cognitivo y emocional, desempeñarse de manera funcional en los ámbitos educativo y laboral, y participar activamente en la vida comunitaria. Constituye un componente integral de la salud general y del bienestar humano, sirviendo como base para la toma de decisiones, la formación de vínculos interpersonales y la construcción del entorno social. Asimismo, representa un derecho humano esencial y un pilar fundamental para el desarrollo individual, comunitario y socioeconómico.



Cabe destacar que la salud mental no se limita a la ausencia de trastornos psicopatológicos. Se manifiesta como un proceso dinámico y multifactorial, caracterizado por una amplia variabilidad interindividual en cuanto a experiencias subjetivas, niveles de sufrimiento, grado de disfunción y desenlaces clínicos o sociales.

Las alteraciones de la salud mental comprenden los trastornos mentales propiamente dichos, las discapacidades psicosociales y otros estados psicopatológicos que generan malestar significativo, deterioro funcional o riesgo de conductas auto lesivas. Aunque estas condiciones suelen estar asociadas con un menor nivel de bienestar psicológico, dicha relación no es necesariamente determinante en todos los casos.

## 2. Trastornos Mentales:



La OMS (2022) los definen como alteraciones clínicamente relevantes en los procesos cognitivos, afectivos o conductuales de un individuo, las cuales se asocian típicamente con un malestar subjetivo significativo o con una disfunción en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes del desempeño cotidiano. Estas condiciones presentan una elevada heterogeneidad clínica y etiológica, y suelen clasificarse bajo el marco nosológico establecido por la Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11). Si bien el término “problemas de salud mental” se emplea con frecuencia como sinónimo, su alcance es más amplio, ya que incluye, además de los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y otros estados mentales que implican un grado sustancial de sufrimiento o deterioro funcional.

Según estimaciones globales de 2019, aproximadamente el 12,5 % de la población mundial —equivalente a cerca de 970 millones de personas— presentaba algún tipo de trastorno mental. Las entidades clínicas con mayor prevalencia fueron los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. Estas condiciones experimentaron un incremento sustancial durante el año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, con estimaciones

iniciales que indican un aumento del 26 % en los trastornos de ansiedad y del 28 % en los trastornos depresivos mayores. A pesar de la existencia de intervenciones preventivas y terapéuticas basadas en la evidencia, la cobertura asistencial efectiva sigue siendo insuficiente a nivel mundial.

A continuación, detallaremos los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo y nos facilitará entender la intervención del Plan Regional:

### 3. Trastornos de ansiedad:

Según menciona la OMS (2022), en 2019, se estimó que alrededor de 301 millones de personas a nivel mundial presentaban algún trastorno de ansiedad, incluidos aproximadamente 58 millones de niños y adolescentes. Estas condiciones psicopatológicas se caracterizan por una activación disfuncional del sistema de respuesta al miedo, manifestada a través de preocupación excesiva, aprensión constante y conductas de evitación. Los síntomas alcanzan una intensidad suficiente para generar un malestar clínicamente significativo o un deterioro sustancial en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de la vida del individuo.

Los trastornos de ansiedad comprenden diversas entidades diagnósticas, entre ellas:

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): caracterizado por una preocupación persistente e incontrolable ante múltiples situaciones o actividades cotidianas.
- Trastorno de pánico: definido por la ocurrencia recurrente de ataques de pánico inesperados, junto con preocupación persistente por su recurrencia.
- Fobia social o trastorno de ansiedad social: marcado por un temor intenso y persistente a situaciones sociales o de desempeño por miedo a ser evaluado negativamente.



- Trastorno de ansiedad por separación: implica un miedo desproporcionado ante la separación de figuras de apego, y es más prevalente en la infancia, aunque también puede manifestarse en adultos.
- Otras formas clínicas: como fobias específicas y trastornos inducidos por sustancias o afecciones médicas.

El abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad incluye intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, especialmente la terapia cognitivo-conductual (TCC). En casos moderados a graves, o cuando la psicoterapia no resulta suficiente, puede considerarse el tratamiento farmacológico, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros ansiolíticos bajo supervisión médica.

#### 4. Depresión:

En 2019, se estimó que aproximadamente 280 millones de personas a nivel global padecían trastornos depresivos, incluidos alrededor de 23 millones de niños y adolescentes. La depresión constituye un trastorno del estado de ánimo que se diferencia de las fluctuaciones afectivas normales y de las reacciones emocionales transitorias frente al estrés cotidiano.

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado afectivo persistentemente bajo —manifestado como tristeza, irritabilidad o vacío emocional— o por anhedonia (pérdida significativa de interés o placer en casi todas las actividades), presente la mayor parte del día, casi todos los días, por un periodo mínimo de dos semanas.

A estos síntomas nucleares se suman signos clínicos como disminución de la capacidad de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, baja autoestima, desesperanza hacia el futuro, ideación suicida, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), cambios en el apetito o en el peso corporal, y una marcada disminución en los niveles de energía o fatiga persistente.



La depresión mayor está asociada con un aumento significativo del riesgo de suicidio y puede afectar de manera sustancial el funcionamiento social, ocupacional y otras áreas importantes de la vida del individuo. El tratamiento basado en la evidencia incluye intervenciones psicoterapéuticas, principalmente la terapia cognitivo-conductual, y en casos moderados a graves o de difícil respuesta, se recomienda la farmacoterapia, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) u otros antidepresivos, dependiendo del perfil clínico y la edad del paciente. (OMS, 2022)

### 5. Trastorno Bipolar:

En 2019, se estimó que aproximadamente 40 millones de personas a nivel global presentaban trastorno bipolar, una patología psiquiátrica crónica caracterizada por la presencia de episodios recurrentes de alteraciones en el estado del ánimo, que oscilan entre fases depresivas y periodos de manía o hipomanía. Esta condición pertenece al espectro de los trastornos afectivos y conlleva una disfunción significativa en diversas esferas del funcionamiento psicosocial.

Los episodios depresivos se manifiestan mediante un estado de ánimo persistentemente bajo (tristeza patológica, irritabilidad o vacío emocional) y/o una disminución notable del interés o placer en casi todas las actividades, presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Estos síntomas suelen estar acompañados de fatiga, alteraciones cognitivas (dificultad para concentrarse, indecisión), trastornos del sueño, cambios en el apetito o peso, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, e ideación suicida.

Por otro lado, los episodios maníacos se caracterizan por una elevación anormal y sostenida del estado de ánimo, acompañada de hiperactividad, verborrea, aceleración del pensamiento, aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de sueño, distractibilidad y conductas impulsivas o temerarias. Cuando la sintomatología es menos severa y no genera un deterioro funcional grave, se habla de hipomanía.



El trastorno bipolar se asocia con una elevada carga de morbilidad, deterioro funcional y un riesgo significativamente aumentado de suicidio. El abordaje terapéutico requiere un enfoque multimodal basado en la evidencia, que incluye estrategias psicoeducativas, entrenamiento en habilidades de regulación emocional, intervenciones psicoterapéuticas, y tratamiento farmacológico, siendo los estabilizadores del ánimo (como el litio) y los antipsicóticos atípicos los fármacos de primera línea. La intervención precoz y la adherencia al tratamiento son fundamentales para reducir la recurrencia de los episodios y mejorar el pronóstico a largo plazo.

#### 6. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) presenta una alta prevalencia en poblaciones expuestas a situaciones de conflicto armado, violencia prolongada o desastres humanitarios, donde la exposición a eventos traumáticos es frecuente y sostenida.

Desde un enfoque psicopatológico, el TEPT se desarrolla tras la vivencia directa o indirecta de uno o varios eventos que implican una amenaza real o percibida para la integridad física o psicológica, generando una activación intensa del sistema de respuesta al estrés.

Clínicamente, el cuadro se define por la presencia de tres dominios sintomáticos principales:

- Reexperimentación intrusiva del trauma, que puede manifestarse a través de imágenes mentales involuntarias, recuerdos angustiosos recurrentes, episodios disociativos (flashbacks), o sueños vívidos con contenido traumático.
- Conductas de evitación persistente, dirigidas tanto a estímulos internos (pensamientos, emociones) como externos (personas, lugares, objetos o situaciones) que guardan relación con el evento traumático.



- Alteraciones en la cognición y en el estado de alerta, incluyendo una percepción exacerbada de amenaza actual, hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, irritabilidad, hipervigilancia, trastornos del sueño y dificultades de concentración.

Para cumplir criterios diagnósticos, la sintomatología debe estar presente durante un periodo mínimo de varias semanas (generalmente más de un mes), y generar un deterioro clínicamente significativo en las esferas social, ocupacional o funcional.

El abordaje terapéutico del TEPT se fundamenta en intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, destacándose la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, la terapia de exposición prolongada y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR). En algunos casos, puede considerarse el uso complementario de psicofármacos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en función del perfil clínico del paciente. (OMS, 2022)

#### 7. Esquizofrenia:

Según datos de la OMS (2022), la esquizofrenia es un trastorno neuropsiquiátrico crónico y severo que afecta a aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial, lo que representa una prevalencia global estimada de 0.32% (aproximadamente 1 de cada 300 individuos). Este trastorno se asocia con una reducción considerable en la expectativa de vida —entre 10 y 20 años menos que la media poblacional— atribuida principalmente a comorbilidades físicas, conductas de riesgo, suicidio y barreras en el acceso a servicios de salud.

Desde una perspectiva psicopatológica, la esquizofrenia se caracteriza por una desregulación profunda de los procesos cognitivos, afectivos y perceptivos, lo que conlleva una alteración significativa en el juicio de realidad y el comportamiento adaptativo. El cuadro clínico incluye síntomas positivos, como delirios sistematizados (frecuentemente de tipo



paranoide), alucinaciones (especialmente auditivas), y pensamiento desorganizado; así como síntomas negativos, tales como afecto plano, anhedonia, alogia y abulia. También se observan con frecuencia alteraciones psicomotoras que pueden variar desde la catatonía hasta una agitación extrema.

Además, la esquizofrenia cursa con deterioro neurocognitivo persistente, que afecta dominios como la atención, la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas. Estas disfunciones cognitivas son consideradas un marcador central del trastorno y contribuyen significativamente al deterioro funcional global.

El manejo clínico de la esquizofrenia requiere un enfoque multimodal y basado en la evidencia. Las estrategias terapéuticas incluyen el uso de antipsicóticos de primera y segunda generación, intervenciones psicoeducativas, terapia cognitivo-conductual adaptada, programas de apoyo familiar, y rehabilitación psicosocial orientada a la recuperación e integración comunitaria. El tratamiento temprano y continuo ha demostrado mejorar el pronóstico y reducir la carga de la enfermedad.



### 8. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

De acuerdo a lo descrito por la APA (2022), en el contexto sociocultural contemporáneo, donde predomina una idealización de la delgadez, las preocupaciones relacionadas con el peso corporal son comunes. Sin embargo, en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), estas preocupaciones se exacerban patológicamente, dando lugar a patrones alimentarios disfuncionales que comprometen seriamente la salud física y mental del individuo.

Tipología clínica de los TCA: Los TCA comprenden principalmente tres entidades diagnósticas reconocidas:

- Anorexia nerviosa: Se caracteriza por una restricción alimentaria severa, una imagen corporal distorsionada y un temor intenso a

ganar peso, incluso en estados de infra peso extremo. Comportamientos como la evitación alimentaria, el ejercicio físico compulsivo y rituales alimentarios anómalos son frecuentes. La desnutrición derivada puede conducir a complicaciones médicas graves e incluso a la muerte por inanición.

- **Bulimia nerviosa:** Implica episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos (atracones), seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito auto inducido, el uso de laxantes o diuréticos, y el ejercicio excesivo. Estos episodios suelen estar acompañados de sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida de control.
- **Trastorno por atracón:** Se caracteriza por episodios de ingesta excesiva sin la presencia de conductas compensatorias posteriores. Los pacientes experimentan pérdida de control durante los atracones, lo que puede conducir a obesidad y comorbilidades metabólicas.

La detección e intervención tempranas son cruciales, ya que muchos TCA inician con dietas restrictivas o conductas alimentarias atípicas que pueden evolucionar hacia trastornos clínicamente significativos.

**Etiología:** Los TCA son trastornos multifactoriales con componentes biopsicosociales. Factores predisponentes incluyen baja autoestima, insatisfacción corporal, rasgos de personalidad, antecedentes de relaciones familiares disfuncionales y experiencias traumáticas. También se han identificado correlatos genéticos y neurobiológicos que aumentan la vulnerabilidad.



Factores precipitantes pueden incluir críticas relacionadas con el cuerpo, presión social hacia ciertos estándares estéticos, participación en deportes que valoran la delgadez y eventos vitales estresantes. La progresión del trastorno frecuentemente se ve reforzada por mecanismos de refuerzo negativo, como el alivio temporal del malestar emocional mediante el atracón o la purga.

**Importancia del tratamiento:** Los TCA se encuentran entre los trastornos psiquiátricos con mayor tasa de mortalidad, especialmente la anorexia nerviosa, cuyo desenlace fatal puede deberse a complicaciones médicas, suicidio o inanición (NIMH, 2020). Las complicaciones físicas incluyen alteraciones cardiovasculares, metabólicas, endocrinas y dentales, además de un deterioro funcional generalizado.

Asimismo, los TCA coexisten frecuentemente con otros trastornos mentales, como depresión mayor, trastornos de ansiedad y consumo problemático de sustancias. La comorbilidad complica el curso clínico y aumenta la necesidad de una intervención especializada.

**Intervención psicológica:** El tratamiento efectivo de los TCA requiere un enfoque interdisciplinario. Los psicólogos clínicos desempeñan un papel central, colaborando con profesionales médicos y nutricionistas. Tras una evaluación diagnóstica integral, el psicólogo puede diseñar un plan terapéutico individualizado.

Las intervenciones basadas en la evidencia, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), buscan reestructurar creencias disfuncionales sobre el peso, la imagen corporal y la autoestima, así como modificar patrones conductuales perjudiciales. Se trabaja en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, identificación de desencadenantes emocionales y prevención de recaídas. También puede ser necesaria la psicoterapia interpersonal o familiar, especialmente en adolescentes.



En algunos casos, el uso de psicofármacos puede ser indicado como complemento, pero no debe sustituir la intervención psicoterapéutica. La monitorización médica es esencial debido a los riesgos fisiológicos asociados.

#### 9. Trastornos disociales y conductas disruptivas

En 2019, se estimó que alrededor de 40 millones de personas, incluyendo a niños y adolescentes, presentaban un diagnóstico de trastorno disocial de la conducta (OMS, 2022). Este trastorno, también denominado trastorno de conducta, forma parte del grupo de los trastornos disruptivos del comportamiento, junto con el trastorno negativista desafiante. Estas condiciones se caracterizan por patrones persistentes de comportamiento antisocial o desobediente, los cuales transgreden de manera reiterada los derechos fundamentales de los demás o contravienen normas sociales apropiadas para la edad del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Aunque su aparición es más frecuente en la infancia, estos trastornos pueden manifestarse en diferentes etapas del desarrollo. En términos de abordaje clínico, se han identificado intervenciones psicológicas efectivas, muchas de las cuales incluyen la participación activa de padres, cuidadores y educadores. Estas intervenciones pueden centrarse en el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas cognitivos y la modificación de patrones conductuales disfuncionales (Kazdin, 2017).

#### 10. Trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo comprenden un grupo de condiciones neurológicas que se manifiestan en la infancia y afectan significativamente el desarrollo cognitivo, motor, lingüístico y social. Estas alteraciones se originan durante el desarrollo cerebral temprano y se caracterizan por déficits funcionales que interfieren con el funcionamiento adaptativo del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2022).



Entre los principales trastornos del neurodesarrollo se encuentran el trastorno del desarrollo intelectual, el trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El TDAH se define por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que compromete de manera sustancial el desempeño académico, laboral y social (APA, 2022). Por otro lado, el trastorno del desarrollo intelectual se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual general y en la conducta adaptativa, afectando habilidades conceptuales, sociales y prácticas necesarias para la autonomía diaria (Schalock et al., 2010). El TEA representa un espectro de condiciones neurobiológicas que implican alteraciones en la comunicación social recíproca, junto con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (Lord et al., 2020).

El abordaje terapéutico de estos trastornos debe ser multidisciplinario e individualizado, e incluye intervenciones conductuales y psicoeducativas, terapias del lenguaje y ocupacionales. En algunos casos específicos, y dependiendo de la edad y la severidad del cuadro clínico, puede considerarse el uso de tratamiento farmacológico como complemento a las intervenciones no farmacológicas (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018).

### 7.1.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

#### 1. Problemas de salud mental

Conjunto de patrones de conducta, pensamiento o emoción que ocasionan un malestar clínicamente significativo, deterioro del funcionamiento en ámbitos familiares, escolares, laborales o comunitarios, o que incrementan de manera sustancial el riesgo de muerte, dolor, discapacidad o privación de libertad (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2022).

#### 2. Líneas de intervención estratégicas en salud mental



Conjunto de acciones planificadas destinadas a abordar de forma integral aquellos problemas de salud mental que, por su elevada prevalencia o por su impacto socioeconómico y asistencial, requieren intervenciones coordinadas entre el sector sanitario y otros sectores relevantes (World Health Organization, 2013).

### 3. Articulación intersectorial para la salud mental

Proceso colaborativo entre múltiples sectores—social, educativo, económico y sanitario—orientado a modificar las condiciones estructurales que limitan la inclusión plena de las personas con trastornos mentales en la sociedad (OPS & OMS, 2022).

### 4. Cuidado integral de la salud mental

Conjunto de intervenciones continuas que incluyen la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y acompañamiento psicosocial, con el fin de proteger y restablecer el bienestar mental de las personas en todos los niveles de atención (World Health Organization, 2013).

### 5. Salud mental como proceso continuo a lo largo de la vida

Perspectiva que concibe la salud mental como un fenómeno dinámico y multifactorial, influido por determinantes biológicos, psicológicos y sociales, y que evoluciona desde la infancia hasta la vejez (Fusar-Poli et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2005).

### 6. Acceso a servicios de salud mental

Grado en que las personas pueden obtener y utilizar de manera oportuna los servicios de salud mental necesarios, ya sea para la promoción del bienestar, la prevención de trastornos, el diagnóstico o el tratamiento de condiciones mentales (Pescosolido et al., 2016; Organización Mundial de la Salud, 2018).

### 7. Promoción de la salud

Proceso que fortalece las capacidades de las personas y las comunidades para mejorar su control sobre los determinantes de la salud y así elevar su nivel de bienestar, mediante la



creación de entornos favorables y el empoderamiento colectivo (Organización Mundial de la Salud, 1986).

## 7.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL

En la región de Huancavelica convergen diversos determinantes que afectan negativamente la salud mental de su población, tales como la situación socioeconómica precaria, la pobreza, el desempleo y el limitado acceso de quienes habitan zonas rurales remotas. Estos factores han propiciado, en los últimos años, un aumento tanto de los problemas psicosociales como de los trastornos mentales.

La compleja geografía de Huancavelica ha dificultado históricamente su desarrollo, convirtiéndola en una de las regiones más empobrecidas del país, pese a su considerable potencial en generación de energía y explotación minera. Las vías asfaltadas son escasas y solo conectan la costa de Ica con Huaytará y Ayacucho, así como Huancayo con la ciudad de Huancavelica, lo que evidencia las limitaciones de su infraestructura vial y su impacto en el desarrollo regional (Ministerio de Educación del Perú, 2013).

La ciudad de Huancavelica se ubica en una de las zonas más escarpadas y de difícil acceso de la cordillera de los Andes. Junto con los departamentos de Apurímac y Ayacucho, integra el denominado “trapezio andino”. El territorio huancavelicano está atravesado por la Cordillera Central al norte y por la Cordillera Occidental en la zona central, lo que permite distinguir tres unidades geográficas principales:

- Región montañosa, comprendida por ambas cordilleras.
- Mesetas alto andinas, conformadas por extensas punas a aproximadamente 4 000 m. s. n. m., surcadas por ríos angostos y profundos.
- Vertiente occidental, orientada hacia el océano Pacífico, cuyas cuencas abarcan cerca del 25 % del departamento (principalmente en las provincias de Huaytará y Castrovirreyna) y presentan baja densidad poblacional.

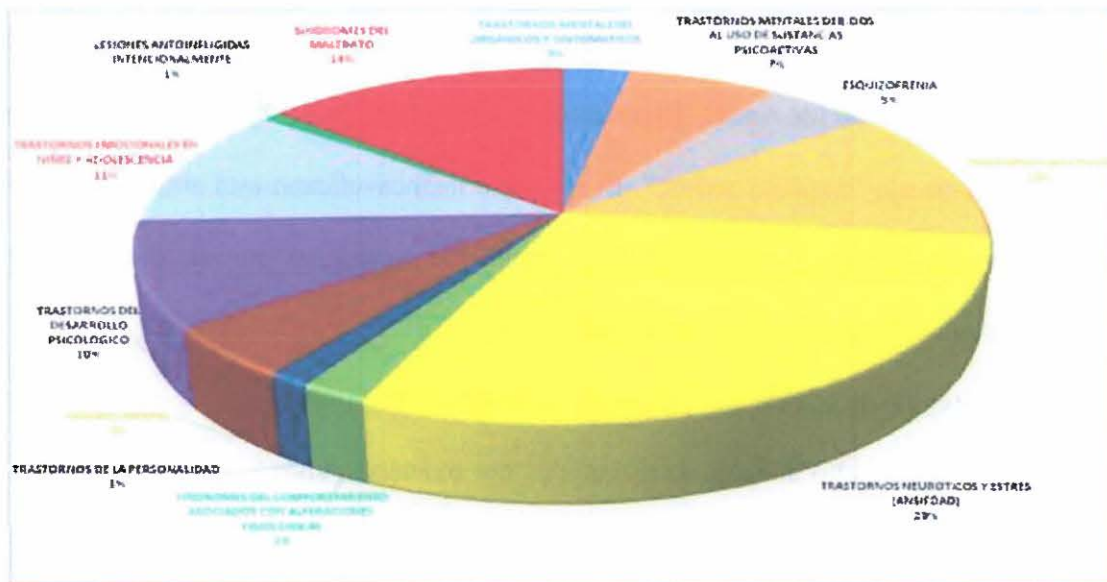


En la provincia de Tayacaja, al noreste, se encuentra además una pequeña zona de selva alta que limita con Huanta, en Ayacucho. El sistema montañoso incluye la Cordillera de Chonta, que atraviesa la región de noroeste a sureste y alberga cumbres superiores a los 5 000 m, como el Citac (5 328 m. s. n. m.) y el Huamanrazo (5 928 m. s. n. m.). La Cordillera Central, en el extremo nororiental, posee menor altitud debido a la intensa erosión de ríos como el Mantaro; su pico más elevado es el cerro Yanasayhua (4 791 m. s. n. m.).

### 7.2.1 SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN

Según información estadística proporcionada por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Huancavelica, el principal problema de salud mental reportado en el año 2025 corresponde a los trastornos de ansiedad, con un total de 6,577 casos. Le siguen los trastornos depresivos, con 2,572 casos; la violencia intrafamiliar, con 2,479 casos; los trastornos por consumo de sustancias, con 1,204 casos; los trastornos psicóticos, con 1,006 casos; y, finalmente, se registraron 156 casos de intentos de suicidio (gráfico 1).

Gráfico N°1



Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.

Los datos reportados evidencian una tendencia creciente en los trastornos de ansiedad, posicionándolos como el principal problema de salud mental en la región durante el año 2025.



Este incremento puede estar relacionado con factores socioeconómicos, el contexto post pandemia y la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud frente a demandas emocionales complejas. Asimismo, los trastornos depresivos y la violencia intrafamiliar mantienen cifras elevadas, lo que refleja una persistente afectación del bienestar emocional en el entorno familiar y comunitario.

El número de casos por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos psicóticos, aunque menor en comparación, continúa representando un desafío significativo para la atención especializada. Finalmente, la cifra de intentos de suicidio, si bien es la más baja en términos absolutos, exige intervenciones oportunas y multisectoriales, dada su gravedad y el riesgo asociado de mortalidad. Estos patrones indican la necesidad urgente de fortalecer los servicios de salud mental, priorizando la prevención, detección temprana y tratamiento integral.

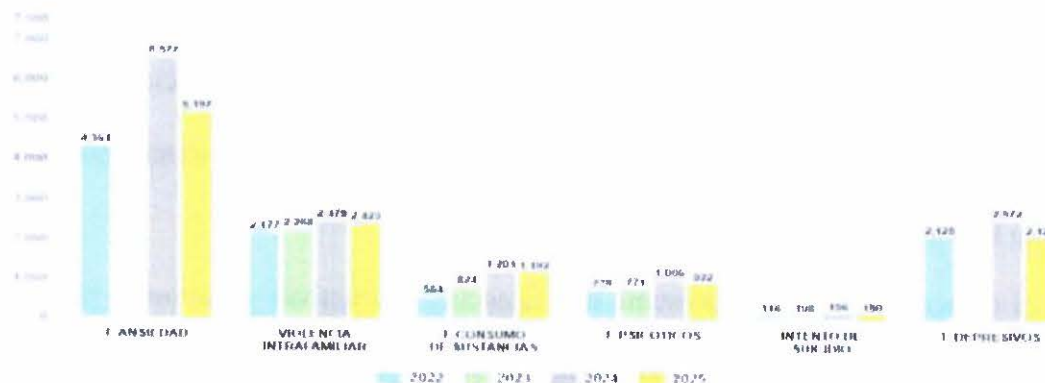
### 7.2.2 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES U OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Analizando los datos estadísticos de los últimos cuatro años, se observa que, entre 2022 y 2025, han prevalecido de manera consistente ciertos problemas de salud mental en la región de Huancavelica. En particular, los trastornos de ansiedad han ocupado el primer lugar entre las patologías reportadas durante este periodo, consolidándose como el principal motivo de atención en los servicios de salud mental. Sin embargo, también se ha evidenciado un incremento progresivo en la incidencia de otros problemas, tales como los trastornos depresivos, la violencia intrafamiliar y los trastornos por consumo de sustancias (gráfico 2).

Gráfico N°2



COMPARATIVA DE PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL



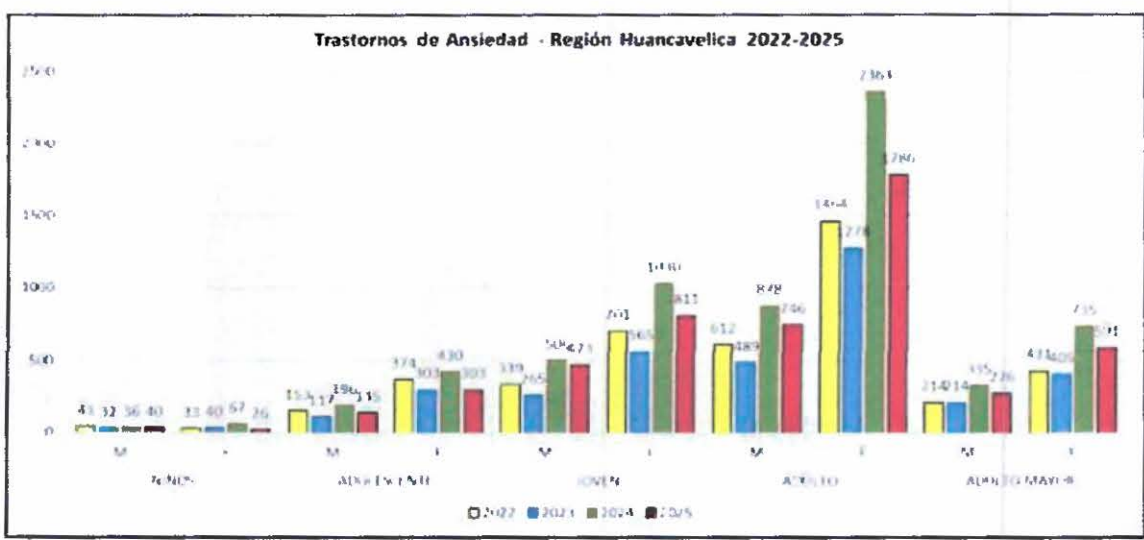
Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.

Este incremento puede estar asociado a diversos factores contextuales y estructurales. Entre ellos, destacan las secuelas psicosociales derivadas de la pandemia por la COVID-19, el aumento de la inseguridad económica y el desempleo, especialmente en zonas rurales y de alta vulnerabilidad social. Asimismo, la persistencia de patrones culturales que normalizan la violencia en el entorno familiar, la limitada oferta de servicios especializados en salud mental, y la escasa presencia de programas de prevención en el primer nivel de atención, han contribuido al agravamiento de estos problemas. A esto se suma el impacto de las brechas educativas, la migración, y el debilitamiento de redes de apoyo comunitario, que afectan de manera significativa la salud mental de niños, adolescentes y adultos.

Estas condiciones tienden a agravarse predominantemente durante la etapa de vida adulta; no obstante, también presentan variaciones significativas según el género. Estas diferencias sugieren la influencia de factores socioculturales, económicos y de acceso a servicios, que afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres. A continuación, se detallan estas tendencias de acuerdo con los grupos etarios y el sexo de los pacientes (gráfico 3, 4, 5, 6, 7 y 8):



Gráfico N°3



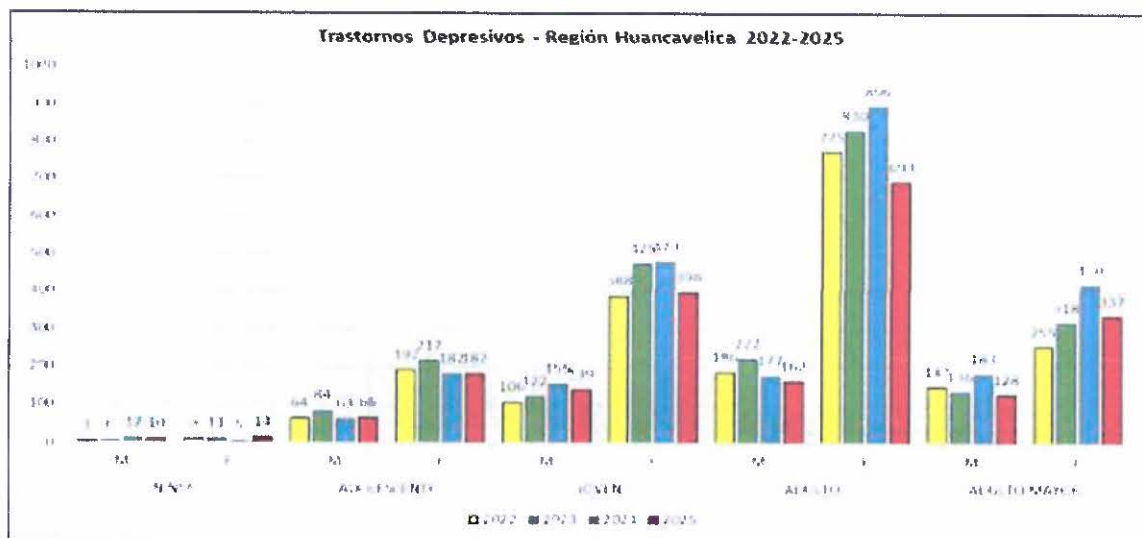
Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.



Como se puede observar, los trastornos de ansiedad han mostrado un incremento significativo en los últimos cuatro años, consolidándose como el principal problema de salud mental en la región. La mayor concentración de casos se presenta en la etapa de vida adulta, lo cual puede estar asociado a factores como el estrés laboral, la sobrecarga de responsabilidades familiares, la inestabilidad económica y la limitada gestión emocional frente a contextos adversos.

Asimismo, se evidencia una mayor incidencia de estos trastornos en mujeres, lo que podría relacionarse con condiciones estructurales de desigualdad de género, violencia de pareja, roles de cuidado no remunerado y barreras en el acceso a servicios de salud mental con enfoque diferencial. En orden descendente, la presencia de casos también se reporta en personas jóvenes, adultos mayores, adolescentes y, en menor proporción, en niños y niñas.

Gráfico N°4



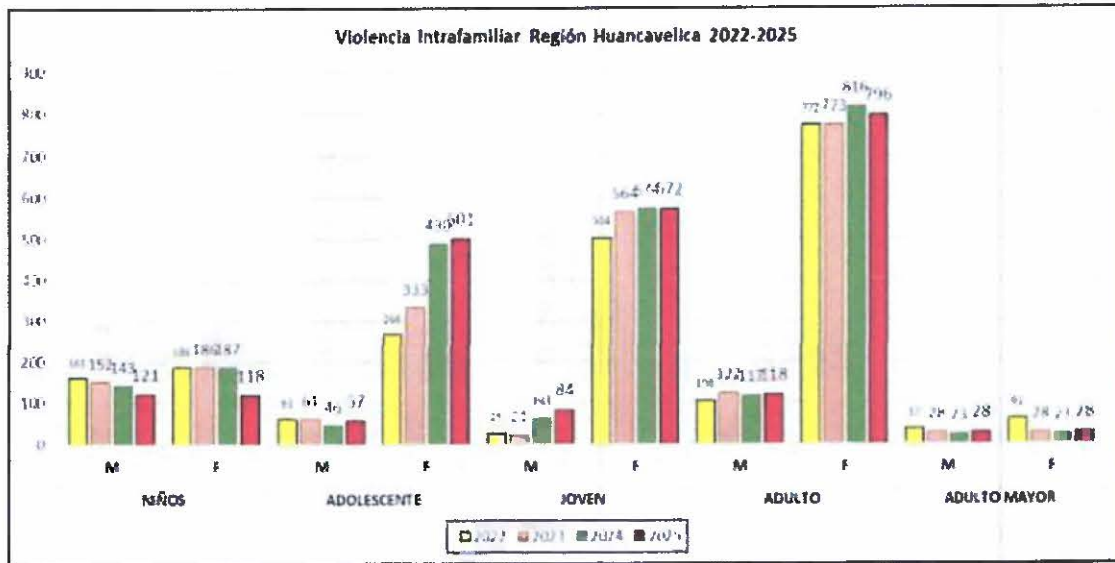
Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.

En relación con los trastornos depresivos, se observa que estos afectan en mayor medida a la población adulta, seguida por las etapas de vida joven, adulto mayor, adolescente y, en menor proporción, a la niñez. Esta distribución refleja una carga importante de sufrimiento psicoemocional en la población económicamente activa, posiblemente asociada a factores como la precariedad laboral, la falta de oportunidades, el aislamiento social y la exposición prolongada a situaciones de estrés.

Además, se identifica una marcada diferencia por género a partir de la etapa adolescente, evidenciándose un incremento sostenido en la incidencia de casos en mujeres en comparación con los hombres. Esta tendencia puede estar vinculada a aspectos como la presión social, los estereotipos de género, la violencia basada en género y una mayor predisposición a la búsqueda de ayuda o diagnóstico en el caso de la población femenina.



Gráfico N°5



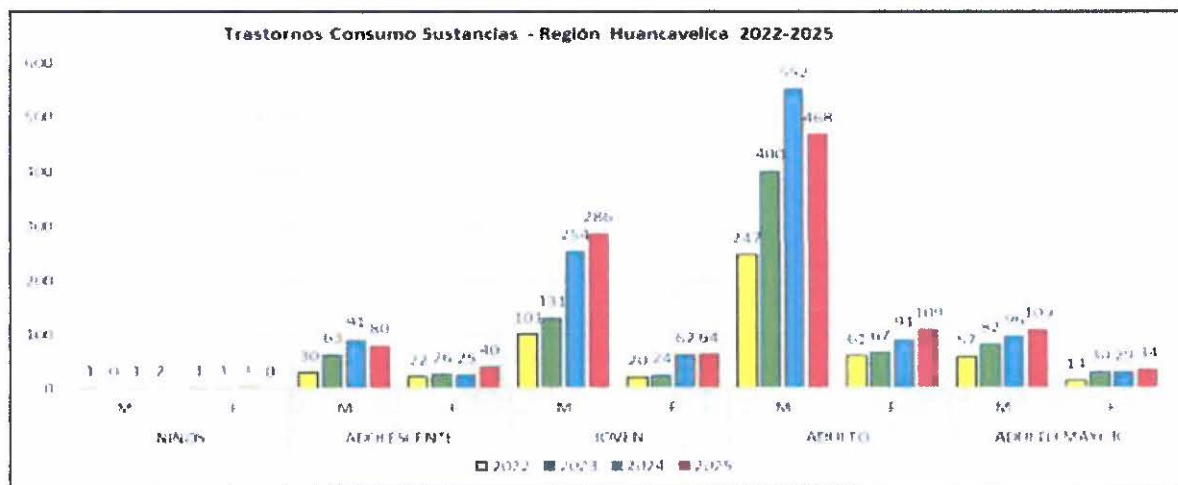
Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.



En cuanto a los casos de violencia intrafamiliar, se evidencia que la mayoría se presenta en la etapa de vida adulta, seguida por las etapas de vida joven, adolescente, niño y adulto mayor. Esta distribución sugiere que las personas en edad productiva están particularmente expuestas a contextos familiares conflictivos y dinámicas violentas, las cuales pueden estar relacionadas con factores como la sobrecarga económica, el estrés relacional, la reproducción de patrones culturales violentos y la falta de acceso a mecanismos eficaces de protección.

Asimismo, se observa una clara disparidad por género: en todas las etapas de vida, el número de casos es significativamente mayor en mujeres. Según el análisis de los datos estadísticos, el 83 % de los casos reportados de violencia intrafamiliar corresponde al género femenino, lo que resalta la necesidad de abordar este problema desde un enfoque de género. Esta situación pone en evidencia la persistencia de desigualdades estructurales, la naturalización de la violencia contra las mujeres y niñas, y la urgente necesidad de implementar estrategias de prevención, atención y protección con un enfoque integral e intersectorial.

Gráfico N°6



Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.

En relación con el consumo desadaptativo de alcohol en la región, se observa que los casos se concentran principalmente en la etapa de vida adulta, seguida por la etapa joven, adulto mayor y adolescente. Esta distribución refleja una mayor exposición al consumo problemático en la población económicamente activa, posiblemente como una forma de afrontamiento ante el estrés, la presión social o la falta de alternativas recreativas y de apoyo emocional.

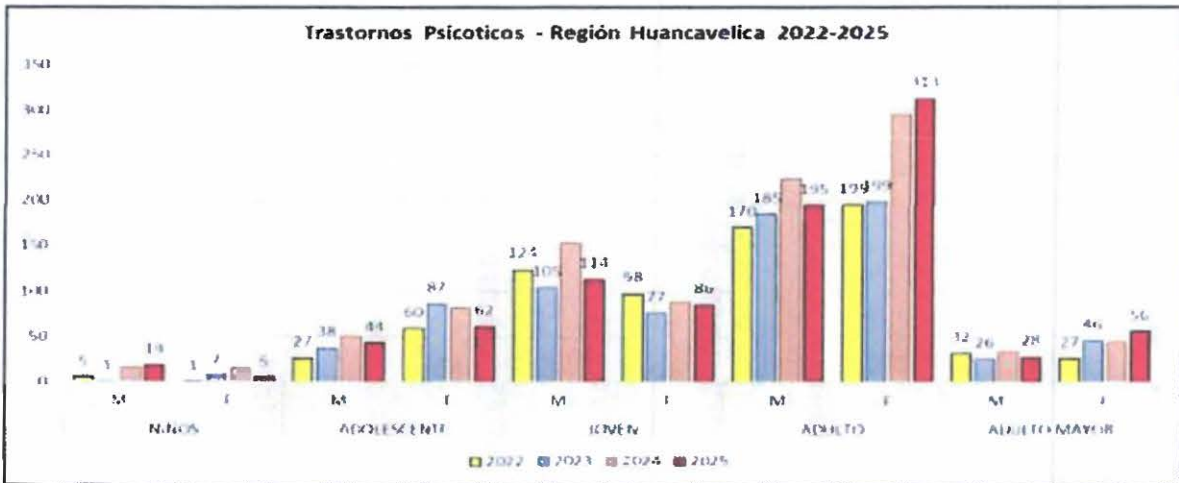
En cuanto a la distribución por género, se identifica una mayor prevalencia de casos en hombres. Esta diferencia puede estar influenciada por múltiples factores de orden genético, social y psicológico. Estudios científicos, como el publicado en *Biological Psychiatry*, señalan que, aunque hombres y mujeres puedan consumir cantidades similares de alcohol, los varones tienden a liberar una mayor cantidad de dopamina, lo que refuerza más intensamente los efectos placenteros del alcohol. Esta mayor liberación de dopamina contribuye al riesgo de formar hábitos adictivos con mayor facilidad, lo que puede explicar en parte la brecha de género en este tipo de trastornos (Becker & Koob, 2016).

Estas evidencias permiten orientar la formulación de estrategias de intervención específicas, que consideren tanto las diferencias de género como las etapas de vida, con el



objetivo de prevenir y reducir el impacto del consumo problemático de alcohol en la salud pública regional.

Gráfico N°7



Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.



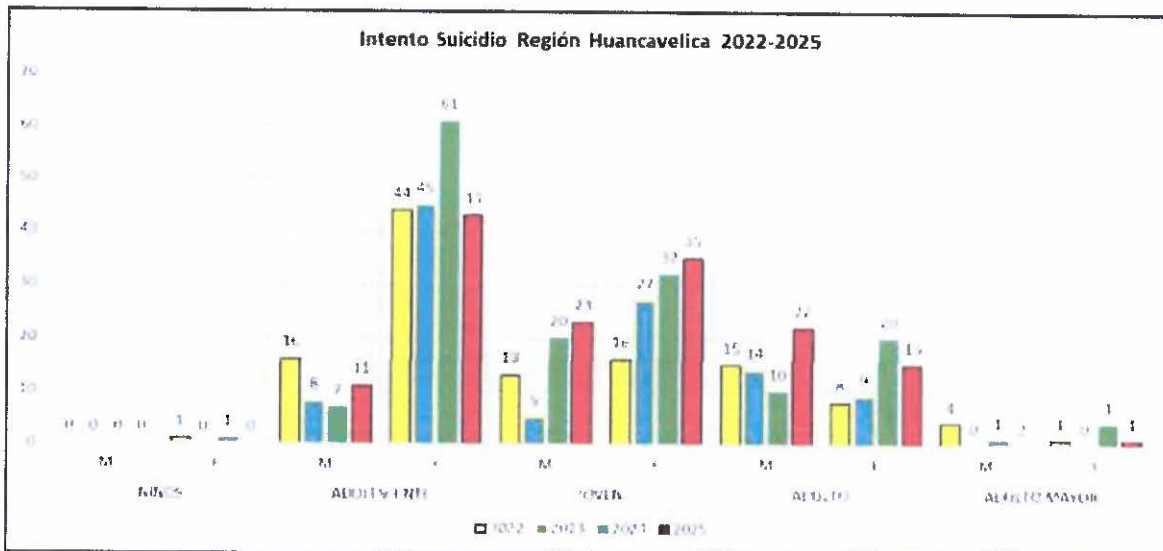
En cuanto a la prevalencia de los trastornos psicóticos, se observa que la mayor cantidad de casos se presenta en la etapa de vida adulta, seguida por la etapa joven, la adolescencia, el adulto mayor, y, en mucha menor proporción, en la niñez. Esta distribución refleja que el inicio de los trastornos psicóticos suele manifestarse con mayor frecuencia en la adultez temprana, aunque también puede presentarse en edades más tempranas bajo determinadas condiciones de vulnerabilidad.

De acuerdo con el National Institute of Mental Health (NIMH) de los Estados Unidos, estos trastornos no tienen una causa única o específica. En cambio, suelen ser el resultado de una interacción compleja de factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales. Entre ellos se incluyen antecedentes familiares de trastornos psicóticos, alteraciones en el desarrollo cerebral, y la exposición a eventos estresantes o traumáticos severos, particularmente durante etapas sensibles del desarrollo (National Institute of Mental Health, 2022).

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer los mecanismos de detección precoz, especialmente en servicios de salud mental comunitarios, así como de implementar

intervenciones integrales que contemplen tanto el tratamiento clínico como el acompañamiento psicosocial.

Gráfico N°8



Fuente: Reporte estadístico DIRESA HVCA.

En la región de Huancavelica, los datos reportados entre 2022 y 2025 muestran un incremento sostenido en los casos de intentos de suicidio, especialmente en la población femenina. Esta tendencia resulta particularmente preocupante al observar que la mayor concentración de casos se da en la etapa de vida adolescente, lo que pone en evidencia la creciente vulnerabilidad psicoemocional de este grupo etario frente a diversos factores de riesgo.

Desde una perspectiva de género, Barroso (2019) señala que existen exigencias sociales y culturales que afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres, especialmente en ámbitos como el empleo, las relaciones familiares y la proyección de vida. Estas presiones, junto con desigualdades estructurales y estereotipos de género, pueden contribuir a un mayor sufrimiento psicosocial en las adolescentes y mujeres jóvenes, aumentando así la probabilidad de desarrollar pensamientos suicidas o conductas autolesivas.

Comprender el fenómeno del suicidio desde un enfoque de género requiere una perspectiva transdisciplinaria, que permita articular lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. Esto implica no solo un análisis integral del contexto, sino también la capacidad institucional para escuchar de manera legítima y empática todas las voces, reconociendo la singularidad de cada experiencia y promoviendo respuestas intersectoriales eficaces y culturalmente pertinentes.

El análisis de los datos estadísticos correspondientes al período 2022–2025 revela una tendencia creciente y sostenida en diversos problemas de salud mental en la región de Huancavelica, con características diferenciadas según etapa de vida y género. Los trastornos de ansiedad destacan como la principal causa de atención en salud mental, especialmente en adultos y con mayor prevalencia en mujeres, seguidos por los trastornos depresivos, que también afectan mayormente a la población adulta y femenina desde la adolescencia.

La violencia intrafamiliar representa un problema crítico con implicancias sociales profundas, afectando principalmente a mujeres en todas las etapas de vida, lo que evidencia la necesidad de abordajes multisectoriales con enfoque de género. Por su parte, los trastornos por consumo de alcohol muestran mayor incidencia en varones adultos y jóvenes, situación que refleja patrones culturales de consumo y factores neurobiológicos que refuerzan la dependencia, según estudios especializados.

Los trastornos psicóticos, aunque menos frecuentes en términos absolutos, mantienen una prevalencia constante en adultos jóvenes, y requieren atención especializada temprana debido a su complejidad clínica. Finalmente, los intentos de suicidio, con una marcada concentración en la adolescencia y en el género femenino, representan una de las manifestaciones más graves del sufrimiento psicosocial no atendido, demandando estrategias de intervención intersectorial centradas en la prevención, el acompañamiento psicoemocional y la reducción del estigma.



En conjunto, estos hallazgos destacan la urgencia de fortalecer el sistema de salud mental regional con un enfoque integral, intercultural, de género y por curso de vida, promoviendo acciones preventivas, redes de apoyo comunitario, y servicios accesibles, oportunos y sensibles a las particularidades del territorio y su población.

### 7.2.3 CONDICIONES SOCIALES Y PSICOSOCIALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL

En la región de Huancavelica, según datos poblacionales, se registra un total de 160,081 mujeres, lo que representa el 49.4 % de la población, y 163,781 hombres, equivalentes al 50.6 %, evidenciándose una ligera mayoría de población masculina (Tabla 3).

Asimismo, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2017, se identificó la distribución poblacional según grupos etarios. El grupo con mayor proporción corresponde a la población de 10 a 14 años, que representa el 11.4 % del total (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018) (Tabla 4).

Tabla N°3.

POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO				
MUJER		HOMBRE		TOTAL
CANTIDAD	PORCENTAJE	CANTIDAD	PORCENTAJE	
160.081	49,4%	163.781	50.6%	323.862

Fuente: INEI/MINSA - 2025 Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento.

Tabla N°4

GRUPOS DE EDAD	MUJER	HOMBRE	TOTAL	%
Menores de 1 año	2.808	2.936	5.744	1.7
1 a 4 años	12.658	13.313	25.971	7.5
5 a 9 años	16.768	17.27	34.038	9.8
10 a 14 años	19.719	19.957	39.676	11.4
15 a 19 años	17.671	17.634	35.305	10.2

20 a 24 años	13.506	12.895	26.401	7.6
25 a 29 años	11.992	10.581	22.573	6.5
30 a 34 años	11.865	10.863	22.728	6.5
35 a 39 años	10.887	10.008	20.895	6
40 a 44 años	10.368	9.343	19.711	5.7
45 a 49 años	9.213	8.401	17.614	5.1
50 a 54 años	8.855	8.16	17.015	4.9
55 a 59 años	7.441	7.116	14.557	4.2
60 a 64 años	6.356	5.705	12.061	3.5
65 a 69 años	5.678	5.037	10.715	3.1
70 a 74 años	4.76	3.906	8.666	2.5
75 a 79 años	3.693	2.772	6.465	1.9
80 a 84 años	2.511	1.818	4.329	1.2
85 a más años	2.048	1.127	3.175	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>178.797</b>	<b>168.842</b>	<b>347.639</b>	<b>100</b>

Fuente: INEI - Censo Nacional de Población y Vivienda 2017.

De acuerdo con los datos censales de los años 2007 y 2017, se evidencia una tendencia decreciente en la población del departamento de Huancavelica, que pasó de 454,797 habitantes en 2007 a 347,639 en 2017. Asimismo, las proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para los últimos cinco años refuerzan esta tendencia, estimando una disminución poblacional progresiva: 364,450 habitantes en 2021, 351,085 en 2022, 348,456 en 2023, 338,601 en 2024 y 323,862 en 2025. Esta evolución representa, en promedio, un decrecimiento del 3 % en el período considerado (Gráfico 9).



Gráfico N°9



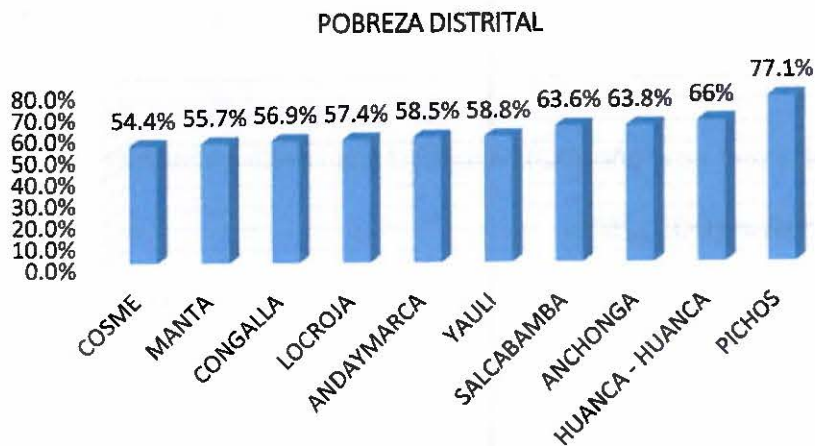
Fuente: INEI/MINSA - 2025 Estimaciones y Proyecciones de la Población por Departamento.

En relación con el contexto socioeconómico, los indicadores disponibles —según datos del INEI, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del año 2023— señalan que el nivel de pobreza en Huancavelica alcanzaría el 39.5 %, con una pobreza extrema del 13.9 % y una vulnerabilidad a la pobreza del 43.4 %. Asimismo, se estima que el 66.6 % de los hogares cuenta con acceso a servicios básicos.

En cuanto a la pobreza a nivel distrital, de acuerdo con el Mapa de Pobreza elaborado en 2018, el distrito de Pichos (provincia de Tayacaja) presenta el mayor índice de pobreza con un 77.1 %, seguido de Huanca-Huanca (Angaraes) con 66.0 %, Anchonga (Angaraes) con 63.8 %, Salcabamba (Tayacaja) con 63.6 %, Yauli (Huancavelica) con 58.8 %, Andaymarca (Tayacaja) con 58.5 %, Locroja (Churcampa) con 57.4 %, Congalla (Angaraes) con 56.9 %, Manta (Huancavelica) con 55.7 % y Cosme (Churcampa) con 54.4 % (Gráfico 10).



Gráfico N°10



Fuente: Mapa de Pobreza 2018.



Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) hasta el año 2023, el 97.8 % de la población huancavelicana cuenta con algún tipo de seguro de salud. No obstante, persisten desafíos significativos en el ámbito de la salud pública: la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses alcanza el 56.6 %, y la proporción de menores de cinco años con desnutrición crónica, según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es del 26.1 % (INEI, 2023).

Por otro lado, el 75.2 % de las personas adultas mayores accede a algún tipo de pensión. En el ámbito educativo, el porcentaje de estudiantes con deserción acumulada en educación secundaria es del 3.3 %, mientras que el 67.1 % de la población económicamente activa se encuentra en condición de subempleo. Asimismo, el 16.6 % de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas por primera vez (INEI, 2023).

En cuanto a los indicadores educativos, la tasa de analfabetismo en personas de 15 años a más fue de 19.2 % en mujeres y 5.9 % en hombres, según la ENAHO 2019 (INEI, 2019). Asimismo, en 2023, el porcentaje de asistencia de niñas y niños de 3 a 5 años a Educación Básica Regular (EBR) fue de 85.4 %, mientras que la tasa neta de asistencia a educación primaria (6 a 11 años) alcanzó el 92.2 %. En el caso de la educación secundaria (12 a 17 años),

la tasa neta fue del 79.9 %, y para la educación superior (jóvenes de 17 a 24 años), del 29.1 %. Por su parte, el porcentaje de jóvenes de 18 a 25 años con secundaria completa fue de 86.3 % (INEI, 2023).

Cabe resaltar que, en el año 2020, la región Huancavelica contaba con un total de 3,197 instituciones educativas (INEI, 2020).

Respecto a los indicadores económicos, la tasa de actividad económica en mujeres fue del 81.24 %, y en hombres del 90.75 %. No obstante, se observa una marcada desigualdad en la afiliación a sistemas de pensiones: solo el 6.78 % de las mujeres está afiliada, frente al 24.26 % de los hombres. De igual modo, el 27.3 % de las mujeres no cuenta con ingresos propios, frente al 10.8 % de los hombres (INEI, 2023). (Gráfico 11)



Gráfico N° 11



Fuente: ENAHO 2023.

En cuanto a los factores que influyen en la salud mental de la población huancavelicana, estos pueden ser comprendidos a través del enfoque de los determinantes sociales de la salud. Dichos determinantes se definen como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que inciden de manera significativa en el estado de salud de los individuos y de las comunidades.

### Determinantes económicos y sociales

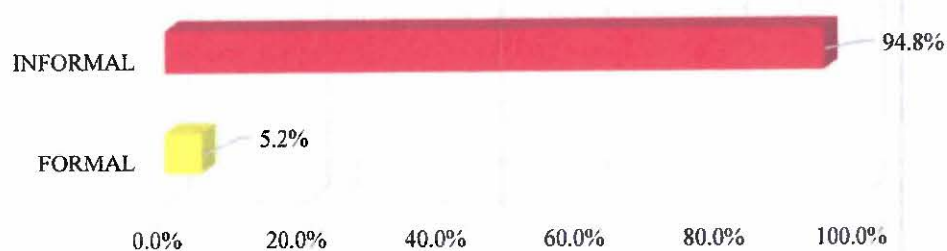
La región de Huancavelica se ve afectada por un elevado índice de pobreza, que alcanza el 39.5 %, y una tasa de pobreza extrema del 13.9 %. Esta situación repercute directamente en la calidad de vida de sus habitantes, limitando sus oportunidades de desarrollo personal, familiar y comunitario.

Asimismo, según datos del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA, 2021), la tasa de empleo formal en la región es de apenas 5.2 %, lo que representa aproximadamente a 15,700 personas. En contraste, la tasa de empleo informal asciende al 94.8 %, involucrando a unas 285,677 personas. Esta alta informalidad laboral implica múltiples desventajas, como la imposibilidad de acceder al salario mínimo vital establecido por el Estado, la falta de estabilidad laboral, el incremento del riesgo de pobreza y desigualdad, la ausencia de beneficios sociales, y la exclusión de sistemas de pensiones y jubilación (Gráfico 12).



Gráfico N° 12

#### TASA DE EMPLEO



Fuente: MINTRA 2021.


Asimismo, se observa que el 6.6 % de los jóvenes de entre 15 y 29 años no estudian ni trabajan, lo que equivale a 9,324 personas.

En cuanto a la seguridad ciudadana, según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014), el 30.2 % de la población urbana de 15 años a más en la región Huancavelica ha sido víctima de algún delito.

Además, tenemos que, según datos de la Unidad de Protección Especial de Huancavelica, entre los años 2021 y 2024 se han registrado un total de 2,252 casos relacionados con niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Estos incluyen situaciones de desprotección, riesgo, acogimiento de hecho y casos declinados. El detalle por año es el siguiente: en 2021 se reportaron 694 casos; en 2022, 566; en 2023, 505; y en 2024, 487 casos.

Si bien se observa una tendencia decreciente en el número de casos, la cifra continúa siendo alta y preocupante, reflejando la persistente problemática que afecta a la niñez y adolescencia en la región (tabla 5).

Tabla N°5



Tipo de Procedimiento	Años de Ingreso				Total
	2021	2022	2023	2024	
<b>INICIO DE PROCEDIMIENTO</b>	<b>631</b>	<b>523</b>	<b>463</b>	<b>423</b>	<b>2040</b>
DESPROTECCION	133	125	146	119	523
RIESGO	498	398	317	304	1517
<b>NO ABRIR PROCEDIMIENTO</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>41</b>	<b>61</b>	<b>173</b>
	43	28	41	61	173
<b>OTROS</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>39</b>
ACOGIMIENTO DE HECHO	1				1
DESPROTECCION	3	2			5
RIESGO	7	6			13
DECLINADOS	9	7	1	3	20
<b>Total</b>	<b>694</b>	<b>566</b>	<b>505</b>	<b>487</b>	<b>2252</b>

Fuente: UPE Huancavelica

Estos casos han dado lugar a diversas situaciones que configuran la realidad actual de niñas, niños y adolescentes afectados por las condiciones de vulnerabilidad anteriormente expuestas (tabla 6).

Tabla N°6

SITUACION ACTUAL DEL NNA	AÑO				Total
	2021	2022	2023	2024	
ARCHIVAMIENTO			1		1
CONCLUIDO	210	100	99	27	436
DECLINADO A DEMUNA	356	330	195	221	1102
DECLINADO A JUZGADO	22	28	11	17	78
DECLINADO A UPE	20	13	21	9	63
DECLINADO MINISTERIO PUBLICO	3				3
EN TRAMITE	40	66	137	152	395
NO ABRIR	43	29	41	61	174
<b>Total</b>	<b>694</b>	<b>566</b>	<b>505</b>	<b>487</b>	<b>2252</b>

Fuente: UPE Huancavelica

Cabe mencionar que la edad con mayor prevalencia de ingresos de NNA menores de edad atendidos en los años desde el 2021 al 2024 es de 15 años, siendo más frecuente del género femenino con un 55.8% en promedio, desde el año 2021 al 2024.

Asimismo, según datos de la Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente (DEMUNA), entre los años 2022 y 2024 se han atendido casos de riesgo de desprotección familiar, en cumplimiento del Decreto Legislativo N.º 1297 y su Reglamento. Además, durante este periodo se han desarrollado talleres de socialización orientados a la promoción de derechos y la prevención de situaciones de riesgo.

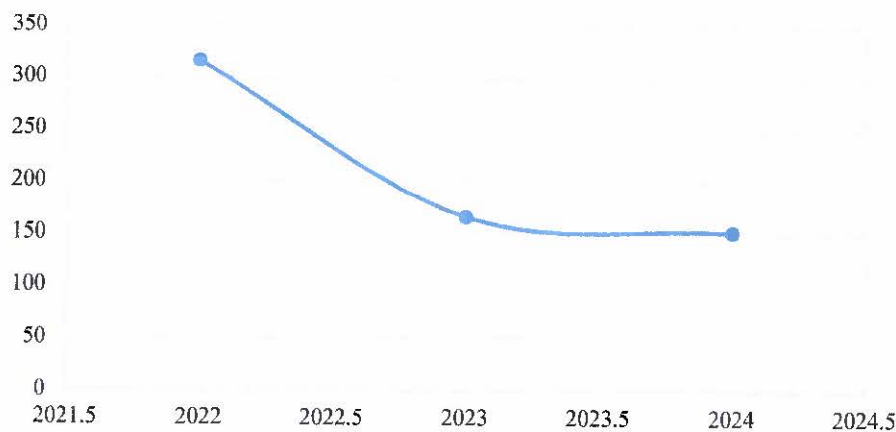
El detalle de los casos atendidos es el siguiente: en 2022 se registraron 316 casos; en 2023, 166; y en 2024, 152 (gráfico 13).

Para el año 2025, se tiene previsto llevar a cabo cuatro actividades de prevención y atención de la violencia escolar, así como cuatro charlas de sensibilización dirigidas a padres y madres de familia sobre pautas de crianza y prevención de la violencia familiar.



Gráfico N° 13

### CASOS EN RIESGO DE DESPROTECCIÓN FAMILIAR



Fuente: DEMUNA Huancavelica

Por otro lado, en relación con la realidad huancavelicana, según información proporcionada por el Hospital Departamental de Huancavelica, durante el año 2024 se registraron internamientos por diversas patologías de salud mental. Las principales causas fueron: en primer lugar, los trastornos afectivos (como depresión y conducta suicida) y trastornos de ansiedad, con un total de 133 casos; en segundo lugar, los trastornos del comportamiento asociados al consumo de alcohol, con 42 casos; y en tercer lugar, los trastornos psicóticos o síndromes psicóticos, con 27 casos.

Asimismo, respecto a la atención residencial, la Aldea Infantil “San Francisco de Asís” acogió a 41 menores de edad en el año 2022, a 42 en el 2023 y a 37 en el año 2024.

Todos estos factores impactan negativamente en la salud mental de la población, ya que las condiciones sociales desfavorables dificultan el desarrollo integral de los individuos, impidiendo que puedan alcanzar una calidad de vida satisfactoria y estable.

#### Determinantes ambientales

En la región de Huancavelica se presenta actualmente un grave daño ambiental y a la salud pública debido a la presencia de metales pesados, especialmente en la comunidad



campesina de Sacsamarca. Este hecho fue confirmado por la Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Huancavelica a través de una sentencia judicial emitida el 14 de diciembre de 2023. En dicha sentencia, se constató que los metales pesados como el mercurio, el arsénico y el plomo están contaminando el suelo, el agua y, en algunos casos, incluso el interior de viviendas y escuelas.

La sentencia también destaca que la exposición continua a estos metales pesados tiene un impacto grave en la salud de la población, afectando principalmente a niños, niñas y adolescentes, quienes son especialmente vulnerables a sus efectos tóxicos.

Adicionalmente, en esta región, el nivel de anemia en niños de 6 a 35 meses es alarmante, alcanzando el 56.6 %. Esta condición se asocia con un bajo desarrollo físico, deficiencias en el crecimiento, un rendimiento escolar reducido, así como dificultades en el desarrollo cognitivo, psicomotor y en la sociabilización de los niños afectados.



Por otro lado, se observa un aumento significativo en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el cual ha incrementado en un 46 % en comparación con el año anterior. En 2023, se reportaron 824 casos, mientras que en 2024 la cifra ascendió a 1,204 casos.

#### **7.2.4 PROBLEMAS IDENTIFICADOS**

Desde el mes de febrero se han llevado a cabo talleres en cada una de las provincias de la región, con la participación de representantes de instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil y actores comunitarios. El objetivo de estas actividades fue identificar, desde una perspectiva local, las problemáticas vinculadas a la salud mental que afectan a cada comunidad.

A través de estos espacios participativos de levantamiento de información, se logró identificar, en las distintas provincias de Huancavelica, los principales factores que la población considera que están afectando negativamente su salud mental. Durante los talleres

se analizaron las causas subyacentes de estas problemáticas, así como posibles alternativas de solución propuestas por los propios actores locales.

Estas sesiones fueron lideradas por el especialista de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Huancavelica, junto con el responsable y coordinador de la actividad por parte de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Huancavelica, y la consultora asignada para la elaboración del Plan Regional de Salud Mental de World Vision Perú.

Los talleres se desarrollaron en las provincias de Tayacaja, Acobamba, Huancavelica, Huaytará, Castrovirreyna, Churcampa y Angaraes.

Como resultado del proceso de diagnóstico participativo desarrollado en las siete provincias de la región, se elaboró un árbol de problemas que sintetiza de manera estructurada las principales causas y consecuencias que afectan la salud mental de la población huancavelicana. Este instrumento metodológico permite visualizar las relaciones causales entre los distintos determinantes sociales, económicos, ambientales y del sistema de salud, identificados por los actores locales durante los talleres.

También se utilizó para la elaboración del árbol de problemas evidencia científica, que avale la relación causal entre diferentes factores y el problema principal.

Con ello tenemos al primer sub problema que se da en la región, que es:

## **1. Incremento de problemas de salud mental en las diferentes etapas de vida**

### **1.1 Problemas de salud mental en niños**

#### **a. Maltrato infantil:**

El maltrato infantil está sólidamente vinculado con la aparición de problemas de salud mental en la infancia, la adolescencia e incluso la adultez. Esta relación se sustenta en múltiples estudios científicos que evidencian cómo las experiencias adversas tempranas afectan el desarrollo cerebral, emocional y conductual de los niños.




### **Alteraciones neurobiológicas**

El maltrato infantil (físico, emocional, sexual o negligencia) activa de manera crónica el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), generando un estado de estrés tóxico. Este estrés sostenido interfiere en el desarrollo de áreas cerebrales fundamentales para la regulación emocional, como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal.

Estudios de neuroimagen han demostrado que niños expuestos al maltrato presentan menor volumen en estas regiones cerebrales, lo que se asocia con un mayor riesgo de trastornos depresivos, ansiedad y trastorno por estrés postraumático (TEPT) (De Bellis & Zisk, 2014).

### **Desarrollo de trastornos mentales**



El maltrato infantil se asocia con un aumento significativo en la probabilidad de desarrollar trastornos mentales como: ansiedad, depresión infantil, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta, trastornos de personalidad en la adolescencia o adultez.

Una revisión sistemática encontró que los niños que sufren abuso físico tienen el doble de riesgo de desarrollar depresión, y el abuso emocional presenta una relación aún más fuerte con trastornos de ansiedad y baja autoestima (Norman et al., 2012).

### **Disfunción en el apego y en las habilidades sociales**

El maltrato impide el establecimiento de vínculos seguros con los cuidadores primarios, lo que afecta la construcción del apego y dificulta el desarrollo socioemocional. Esto puede generar desconfianza, retraimiento, baja empatía y conductas antisociales.

Según la teoría del apego de Bowlby y estudios empíricos posteriores, la ausencia de apego seguro es un fuerte predictor de dificultades emocionales y trastornos conductuales persistentes (Mikulincer & Shaver, 2012).

#### **b. Padres, madres y cuidadores con inadecuados estilos de crianza**

##### **Estilos de crianza autoritarios**

Existe mayor riesgo de ansiedad, depresión, baja autoestima y conductas agresivas. Estudios muestran que el control autoritario y el afecto negativo predicen problemas de atención, agresividad y dificultades sociales (Pinquart, 2017). La rigidez y falta de empatía generan inseguridad emocional y dificultan la autorregulación, promoviendo una visión negativa de sí mismos o conductas rebeldes.

#### **Estilos de crianza permisivos**

Existe mayor riesgo de conductas externalizantes como agresividad, impulsividad y falta de autorregulación. Un meta-análisis reciente encontró que la permisividad en padres de niños con trastorno del espectro autista (TEA) incrementa estas conductas (Liu et al., 2024).

La falta de límites claros fomenta el egocentrismo y dificulta el desarrollo de habilidades de afrontamiento, afectando el desempeño escolar y social.

#### **Estilos de crianza negligentes**

Existe mayor riesgo de carencias emocionales, baja autoestima, relaciones de dependencia y dificultades cognitivas. Los niños enfrentan mayor riesgo de depresión y problemas de socialización (Baumrind et al., 2010).

La ausencia de afecto y supervisión priva a los niños de un entorno seguro, llevándolos a buscar vínculos poco saludables.

#### **Estilos de crianza sobreprotectores**

Existe mayor riesgo de aumento de problemas emocionales, como ansiedad y baja autonomía. Estudios longitudinales muestran que la sobreprotección materna a los 2-5 años predice problemas emocionales a los 10-16 años (McShane & Hastings, 2009).

La sobreprotección limita la capacidad de enfrentar desafíos, generando dependencia y dificultades en la resolución de problemas.



### c. Falta de conocimiento de derechos y deberes

La falta de conocimiento sobre sus derechos y deberes puede generar inseguridad, desprotección y confusión en los niños, incrementando el riesgo de ansiedad, baja autoestima y estrés. La educación sobre derechos humanos fomenta la resiliencia y reduce el impacto de experiencias adversas (UNICEF, 2021).

Sin comprender sus derechos, los niños tienen menos herramientas para buscar ayuda o enfrentar situaciones como el bullying o la discriminación, lo que puede agravar problemas de salud mental. La enseñanza de habilidades emocionales y derechos fortalece la asertividad y la autorregulación, previniendo trastornos emocionales (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2023).

#### Violencia y trauma como mediadores

La falta de conocimiento de derechos aumenta la vulnerabilidad de los niños a abusos, violencia o explotación, lo que puede derivar en trastornos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad o depresión. Experiencias traumáticas en niños que desconocen sus derechos de protección tienen un impacto significativo en el desarrollo emocional y neurobiológico (Gómez et al., 2023).

La normalización de entornos abusivos, debido a la falta de conciencia de derechos, intensifica el daño psicológico. La Organización Panamericana de la Salud destaca que la protección de los derechos humanos en salud mental reduce el estigma y mejora el acceso a servicios, mitigando el sufrimiento psíquico (OPS, 2023).

#### Rol de los cuidadores y el sistema de salud

La desinformación de cuidadores o profesionales sobre los derechos de los niños a la atención en salud mental puede retrasar la intervención, exacerbando problemas no tratados como la ansiedad o la depresión. La saturación de los sistemas de salud mental limita el acceso



a servicios, aumentando el riesgo de problemas crónicos (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2023).

## **1.2 Problemas de salud mental en adolescentes**

### **a. Deficiente educación en salud sexual reproductiva**

La relación entre la deficiente educación en salud sexual y reproductiva (SSR) y los problemas de salud mental en adolescentes está respaldada por evidencia científica que señala vínculos indirectos a través de factores como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), estigma, violencia de género y falta de empoderamiento.

#### **Embarazos no deseados y sus consecuencias emocionales**

La deficiente educación en SSR aumenta el riesgo de embarazos no planificados, que están relacionados con problemas de salud mental como depresión, ansiedad y baja autoestima en adolescentes.

La falta de conocimiento sobre anticoncepción y derechos reproductivos lleva a decisiones sexuales de riesgo. Las adolescentes embarazadas enfrentan estigma social, abandono escolar y presión familiar, lo que incrementa el riesgo de trastornos mentales (UNFPA, 2021).

#### **Infecciones de transmisión sexual (ITS) y su impacto psicológico**

La falta de educación sobre prevención de ITS, incluido el VIH, se asocia con un mayor riesgo de infecciones, que pueden generar ansiedad, vergüenza y estigmatización. Los adolescentes con ITS reportan tasas más altas de ideación suicida y trastornos del estado de ánimo (OPS, 2023).

#### **Violencia de género y coacción sexual**

La deficiente educación en SSR limita la comprensión de los derechos sexuales, aumentando la vulnerabilidad a la violencia de género y relaciones sexuales no consentidas.



Estas experiencias están fuertemente asociadas con trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad (UNFPA, 2024).

La falta de educación sobre autonomía corporal y relaciones saludables dificulta que los adolescentes identifiquen y rechacen situaciones de abuso. Las víctimas de violencia sexual presentan un mayor riesgo de problemas de salud mental debido al trauma y la falta de apoyo (Padilla Gámez, 2022).

#### **b. Violencia sexual**

La relación entre la violencia sexual y los problemas de salud mental en adolescentes está ampliamente documentada en la literatura científica, mostrando un vínculo directo y significativo.

##### **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

La violencia sexual es una de las principales causas de TEPT en adolescentes. Estudios muestran que hasta el 30-50% de las víctimas de abuso sexual desarrollan TEPT, caracterizado por flashbacks, pesadillas y evitación de estímulos relacionados con el trauma (Pereda & Gallardo-Pujol, 2014).

##### **Depresión y ansiedad**

Los adolescentes víctimas de violencia sexual tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión mayor y trastornos de ansiedad. Un estudio longitudinal encontró que las víctimas de abuso sexual infantil presentan tasas de depresión hasta 3 veces más altas en la adolescencia (Fergusson et al., 2013).

##### **Ideación suicida y conductas autolesivas**

La violencia sexual está fuertemente asociada con un mayor riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio y conductas autolesivas en adolescentes. Una revisión sistemática encontró que las víctimas de abuso sexual tienen hasta 4 veces más probabilidades de intentar suicidarse (Ng et al., 2018). El trauma, combinado con la falta de apoyo social y sentimientos de



desesperanza, lleva a los adolescentes a recurrir a conductas autolesivas como una forma de afrontamiento disfuncional.

### **Trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias**

La violencia sexual se asocia con un mayor riesgo de trastornos como la anorexia, la bulimia y el consumo de sustancias. Los adolescentes pueden usar estas conductas como mecanismos para recuperar el control o aliviar el dolor emocional (Castellini et al., 2018). La disociación y la desregulación emocional derivadas del trauma sexual fomentan comportamientos de riesgo, mientras que el abuso de sustancias puede servir como una forma de automedicación.

### **Problemas de socialización y relaciones interpersonales**

La violencia sexual puede llevar a dificultades en la confianza, retraimiento social y relaciones disfuncionales, aumentando el riesgo de trastornos de personalidad y aislamiento. Los adolescentes víctimas reportan mayores tasas de conflictos interpersonales (Trickett et al., 2011).

## **1.3 Problemas de salud mental en jóvenes**

### **a. Deficiente inteligencia emocional**

La relación entre una deficiente inteligencia emocional (IE) y los problemas de salud mental en jóvenes está bien documentada en la literatura científica, mostrando vínculos significativos con trastornos como ansiedad, depresión, conductas de riesgo y dificultades interpersonales.

#### **Ansiedad y depresión**

Los jóvenes con baja inteligencia emocional, particularmente en la gestión y regulación emocional, presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. Un estudio encontró que la IE baja se asocia con un aumento del 40% en la probabilidad de síntomas depresivos y ansiosos en jóvenes (Fernández-Berrocal & Extremera, 2016).




La incapacidad para identificar y manejar emociones negativas lleva a respuestas de afrontamiento ineficaces, como la rumiación o la supresión emocional, que intensifican los síntomas de ansiedad y depresión.

### **Conductas de riesgo y problemas de conducta**

La deficiente IE se relaciona con conductas de riesgo, como el consumo de sustancias y comportamientos agresivos. Estudios muestran que los jóvenes con baja regulación emocional tienen mayor propensión a conductas impulsivas y trastornos de conducta (Brackett et al., 2011).

### **Estrés y baja resiliencia**



La deficiente regulación emocional está vinculada con una menor capacidad para manejar el estrés, aumentando la vulnerabilidad a trastornos relacionados con el estrés crónico, como el burnout o la ansiedad generalizada. La UNESCO destaca que la educación en IE mejora la resiliencia y reduce los problemas de salud mental (UNESCO, 2023). Los jóvenes con baja IE tienden a reaccionar de forma desproporcionada ante el estrés, lo que agota sus recursos psicológicos y perpetúa un ciclo de malestar emocional.

## **1.4 Problemas de salud mental en adultos**

### **a. Deficientes estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos**

La relación entre las deficientes estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos y los problemas de salud mental en adultos está bien establecida en la literatura científica, mostrando vínculos directos e indirectos con trastornos como ansiedad, depresión, estrés crónico y problemas interpersonales. Las estrategias de afrontamiento ineficaces, como la evitación o la rumiación, y la incapacidad para resolver conflictos de manera constructiva, contribuyen significativamente al deterioro del bienestar psicológico.

### **Ansiedad y depresión**

Las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación, la negación o la rumiación, están fuertemente asociadas con un mayor riesgo de ansiedad y depresión en adultos. Un estudio encontró que los estilos de afrontamiento basados en la evitación predicen un aumento del 30-50% en los síntomas de ansiedad y depresión (Aldao et al., 2010).

### **Estrés crónico y burnout**

Las deficientes estrategias de afrontamiento, como la supresión emocional o el afrontamiento pasivo, se relacionan con niveles elevados de estrés crónico y burnout, especialmente en contextos laborales. Un estudio longitudinal mostró que los adultos que utilizan estrategias de afrontamiento ineficaces tienen mayor riesgo de agotamiento emocional (Chang, 2012).

### **Problemas interpersonales y trastornos de personalidad**

La incapacidad para resolver conflictos de manera constructiva, junto con estrategias de afrontamiento como la confrontación agresiva o la sumisión pasiva, está asociada con problemas interpersonales y trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad (TLP). Un estudio encontró que los adultos con baja competencia en resolución de conflictos tienen mayor riesgo de inestabilidad emocional (Dixon-Gordon et al., 2015).

### **Baja resiliencia y bienestar psicológico**

Las deficientes estrategias de afrontamiento reducen la resiliencia, aumentando la vulnerabilidad a problemas de salud mental. La Organización Mundial de la Salud señala que las habilidades de afrontamiento adaptativas, como la resolución activa de problemas, son esenciales para el bienestar psicológico (WHO, 2024).

La falta de estrategias proactivas, como buscar apoyo social o reevaluar situaciones estresantes, limita la capacidad de los adultos para adaptarse a desafíos, aumentando el riesgo de trastornos mentales.

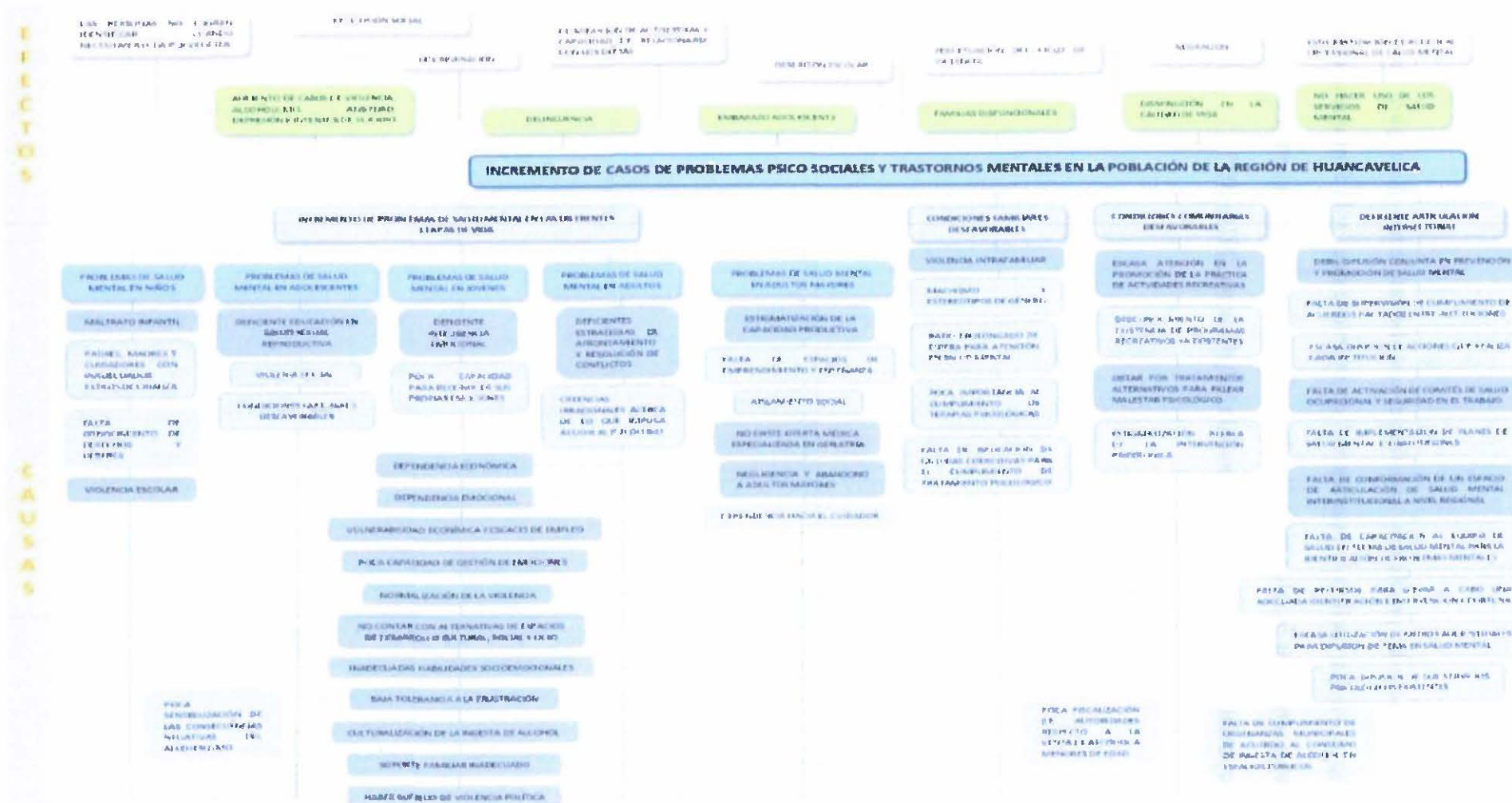


El árbol de problemas constituye una herramienta clave para la planificación estratégica, ya que facilita la priorización de intervenciones y la formulación de propuestas orientadas a mejorar la salud mental en la región, en concordancia con el enfoque territorial y multisectorial del presente Plan Regional de Salud Mental 2026–2030.





### 7.2.5 ÁRBOL DE PROBLEMAS



### 7.2.6 ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

En la región de Huancavelica, se cuenta con un total de 139 psicólogos para una población estimada de 323,862 habitantes, según proyecciones para el año 2025 (INEI, 2023). La distribución de estos profesionales es la siguiente: 45 en la provincia de Huancavelica, 22 en Acobamba, 12 en Angaraes, 10 en Churcampa, 6 en Castrovirreyna, 15 en Huaytará y 29 en Tayacaja. De ellos, 88 laboran en centros de salud, 15 en hospitales y 36 en los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC). Cabe destacar que seis de las siete provincias cuentan con un CSMC, siendo la excepción la provincia de Castrovirreyna (DIRESA Huancavelica, 2024).

El sector salud dispone de personal capacitado en salud mental en los establecimientos de salud de categoría I-3 e I-4, así como en los hospitales de la región. No obstante, persisten importantes limitaciones para cubrir adecuadamente la demanda, debido principalmente a la insuficiencia de profesionales especializados. De acuerdo con información de la Dirección Regional de Salud (DIRESA Huancavelica, 2024), actualmente se cuenta con solo ocho psiquiatras a nivel regional, cifra insuficiente para garantizar una cobertura efectiva.

En cuanto a la atención especializada en salud mental, la región dispone de seis CSMC ubicados en las provincias de Acobamba, Angaraes, Huancavelica, Huaytará, Churcampa y Tayacaja. Asimismo, los cuatro hospitales de la región ofrecen servicios de atención en salud mental. A ello se suman dos Hogares Protegidos implementados en las provincias de Huancavelica y Tayacaja, orientados a brindar atención psicosocial y protección a personas con trastornos mentales graves en situación de abandono o vulnerabilidad (MINSa, 2023).



### **7.2.7 PERCEPCIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN EN LA COMUNIDAD SOBRE LA SALUD MENTAL**

En el año 2024, un total de 49,565 personas fueron atendidas en los servicios de psicología a nivel regional en Huancavelica, lo que representa apenas el 15.3% de la población total estimada para dicho año. Esta cifra permite inferir que persisten importantes barreras en el acceso a los servicios de salud mental en la región. Las limitaciones podrían estar relacionadas con factores como el estigma social, la escasa disponibilidad de profesionales especializados, las distancias geográficas, así como la falta de sensibilización respecto a la importancia del cuidado de la salud mental (DIRESA Huancavelica, 2024).

### **7.2.8 ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS EXISTENTES**

Como antecedente al presente plan, se aprobó el Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica 2014-2019 mediante la Ordenanza Regional N° 275.GOB.REG-HVCA/CR en el año 2014. En dicho plan se establecieron los siguientes objetivos estratégicos:

1. Promover la intervención de operadores y operadoras competentes y conocedoras de las principales problemáticas de salud mental en la región.
2. Garantizar que la población huancavelicana acceda a intervenciones de salud mental con calidad y calidez.
3. Fortalecer la articulación intersectorial para la promoción, prevención y referencia en casos de problemas psicosociales y trastornos de salud mental mediante el uso de herramientas de intervención.



4. Mejorar la infraestructura, organización e implementación de los servicios de salud mental para la población.

Sin embargo, la implementación de este plan no fue total debido a la falta de recursos y otros factores limitantes que dificultaron su ejecución en su totalidad.

Programas Sociales en la Región de Huancavelica:

En cuanto a los programas sociales presentes en la región de Huancavelica, se identificaron seis, los cuales son: Cuna Más, Juntos, FONCODES, Pensión 65, PAIS y Contigo. Las características de los servicios brindados a la población de estos programas se detallan en la Tabla 4.



Tabla N°4

PROGRAMA	SERVICIO	DICIEMBRE	
		2024	ENERO 2025
CUNA MAS	Distritos Cuna Mas	84	86
	Familias atendidas en el SAF	8,984	8,992
	Niños y niñas atendidos en el SCD	2,269	2,237
JUNTOS	Distritos Juntos	102	102
	Hogares Abonados	28,251	28,251
	Hogares Afiliados	28,924	28,924
FONCODES	Distritos Foncodes	59	56
	Hogares HW/NJ - Proy. Culminados	26,925	20,925
	Hogares HW/NJ - Proy. en Ejec.	7,600	11,200
PENSIÓN 65	Distritos Pension65	102	102
	Usuarios Pension65	29,218	29,218
PAIS	Distritos Pais	42	42
	Atenciones realizadas a través de los Tambos	16,977	13,228
	Beneficiarios atendidos a través de los Tamb.	11,310	7,928

	Tambos prestando servicios	51	51
<b>CONTIGO</b>	Distritos Contigo	102	102
	Usuarios Contigo	4,091	4,091

Fuente: INFOMIDIS

En relación con los programas presupuestales vinculados directamente a la salud mental, se destacan tres liderados por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Huancavelica:

1. Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental: Este programa, impulsado por el Ministerio de Salud, tiene como objetivo garantizar que la población afectada por problemas psicosociales y trastornos mentales reciba atención integral.
2. Programa Presupuestal 1002: Productos Específicos para Reducción de la Violencia contra la Mujer: Este programa se orienta a reducir la violencia de género, un factor de riesgo importante en la salud mental, especialmente para las mujeres.
3. Programa Presupuestal 051: Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas: Su enfoque es la prevención y el tratamiento del consumo de drogas, buscando mitigar los efectos negativos de este problema en la salud mental de los individuos y la comunidad.

### 7.2.9 CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

El enfoque de derechos humanos constituye un pilar fundamental del Plan Regional de Salud Mental Multisectorial 2025–2030. Parte del reconocimiento de que toda persona posee una dignidad intrínseca, la cual es inherente, universal, inalienable e



inviolable, independientemente de cualquier condición o circunstancia. Este enfoque se basa en principios éticos y valores fundamentales como la equidad, la libertad y la solidaridad (Naciones Unidas, 1948).

En el campo de la salud mental, los derechos humanos orientan tanto las prácticas preventivas como los procesos de atención, recuperación y reintegración social. La incorporación de este enfoque implica reconocer a las personas como titulares de derechos, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones que afectan su salud y bienestar (OMS, 2021). Asimismo, articula los conceptos de ciudadanía, inclusión y respeto por la diversidad, elementos esenciales para construir sistemas de salud mental más justos y sostenibles.

Los actuales lineamientos de política sectorial en salud mental, promovidos a nivel nacional, priorizan la protección de los derechos individuales de las personas con problemas psicosociales, trastornos mentales o del comportamiento, incluyendo aquellas en situación de reclusión. Del mismo modo, consideran los derechos colectivos, orientados a garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud mental, con especial énfasis en la atención de poblaciones en situación de vulnerabilidad (MINSA, 2021).

En ese sentido, el presente Plan Regional adopta el enfoque de derechos humanos como criterio transversal para la formulación, implementación y evaluación de todas sus estrategias, programas e intervenciones. Esto permitirá avanzar hacia un modelo de atención centrado en las personas, que elimine estigmas, promueva la autonomía y reduzca las desigualdades en salud mental.



### 7.2.10 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Diversas experiencias internacionales respaldan científicamente la efectividad de planes y estrategias de salud mental, y ofrecen referencias valiosas para el diseño e implementación del Plan Regional de Salud Mental Multisectorial 2025–2030 en Huancavelica.

En Italia, la reforma psiquiátrica impulsada por la Ley Basaglia (Ley 180), promulgada en 1978, marcó un hito al cerrar los hospitales psiquiátricos y establecer un modelo de atención comunitaria. Esta estrategia priorizó el respeto por los derechos humanos, la integración social y la atención ambulatoria, reduciendo considerablemente la institucionalización y mejorando la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

En Uganda, la psiquiatra Etheldreda Nakimuli-Mpungu desarrolló una psicoterapia grupal culturalmente adaptada para personas que viven con VIH. Este programa, implementado por personal no especializado, logró una reducción significativa en síntomas depresivos y consumo de alcohol, además de mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

En España, el gobierno aprobó en 2025 el primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio, con 40 medidas distribuidas en seis líneas estratégicas y un presupuesto inicial de 18 millones de euros. Este plan incluye la creación de un observatorio específico y mejoras en el sistema de atención inmediata mediante la línea 024 (Huffington Post, 2025).



Por último, en Australia, campañas nacionales han contribuido a reducir el estigma social hacia las personas con trastornos mentales. Estas intervenciones han mejorado el acceso a los servicios y promovido una mayor aceptación e inclusión social (Defensores Humanos, 2025).

Estas experiencias demuestran que la implementación de planes de salud mental bien estructurados, culturalmente pertinentes y centrados en los derechos humanos puede mejorar significativamente los resultados en salud mental a nivel poblacional. Por ello hemos planteado lineamientos que dirigirán las acciones del presente plan:

**1. Impulsar estrategias y actividades de promoción y prevención en salud mental en todas las etapas de vida**

La promoción y prevención en salud mental son componentes fundamentales para reducir la carga global de los trastornos mentales y fomentar el bienestar integral en todas las etapas de la vida. Este objetivo reconoce que las intervenciones efectivas deben comenzar desde la infancia y mantenerse a lo largo del ciclo vital, mediante acciones intersectoriales, políticas inclusivas y prácticas basadas en evidencia científica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que las estrategias de promoción y prevención en salud mental permiten identificar y reducir factores de riesgo, así como fortalecer los factores protectores individuales, familiares y comunitarios. La OMS enfatiza que estas intervenciones deben ser implementadas a lo largo de toda la vida y adaptadas a cada etapa del desarrollo humano, ya que los determinantes sociales, biológicos y psicológicos influyen de forma diferente según la edad.

Por ejemplo, en la infancia y adolescencia, los programas de habilidades socioemocionales en escuelas, el apoyo a cuidadores, y la creación de entornos protectores son altamente efectivos para reducir la aparición de trastornos mentales



(WHO, 2022). Una revisión sistemática de Barry et al. (2013) concluye que los programas escolares de promoción de la salud mental han demostrado mejorar el bienestar psicológico, el rendimiento académico y la cohesión social en niños y adolescentes.

De manera similar, en adultos jóvenes y adultos mayores, estrategias como la promoción del autocuidado, la actividad física, el acompañamiento psicosocial comunitario y el acceso oportuno a servicios de salud mental permiten mitigar la aparición de problemas más graves y reducir el estigma (Patel et al., 2018). En el caso de las personas mayores, la promoción de la salud mental también debe considerar factores como la soledad, las enfermedades crónicas y el deterioro funcional.

Un estudio longitudinal desarrollado por Goodman et al. (2011) demostró que los niños con problemas emocionales no tratados tienen una probabilidad significativamente mayor de sufrir depresión y dificultades laborales en la adultez. Esto refuerza la necesidad de intervenciones preventivas desde etapas tempranas.

En síntesis, la promoción y prevención en salud mental son estrategias efectivas, basadas en evidencia, que deben ser integradas en políticas públicas y acciones multisectoriales para garantizar su sostenibilidad e impacto positivo a lo largo del ciclo de vida.

## **2. Promover el desarrollo y fortalecimiento de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida**

El desarrollo y fortalecimiento de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida es fundamental para el bienestar individual y colectivo. Estas habilidades, que incluyen la autorregulación emocional, la empatía, la resolución de conflictos y la toma de decisiones responsables, son esenciales para una adaptación saludable en diversos contextos sociales y culturales.



La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2022) reconoce que el desarrollo de **habilidades** para la vida, entre ellas las socioemocionales, fortalece la resiliencia individual y previene múltiples problemas de salud mental, especialmente cuando se promueven desde edades tempranas y en diversos contextos como el hogar, la escuela y la comunidad.

Durante la infancia y adolescencia, las intervenciones educativas centradas en el aprendizaje socioemocional (Social and Emotional Learning, SEL) han demostrado ser eficaces para mejorar la autorregulación emocional, las habilidades sociales y el rendimiento académico. Un estudio publicado por Yale School of Medicine confirmó que los estudiantes que participaron en programas de SEL mostraron mejoras significativas en su desempeño académico, bienestar general y percepción de seguridad en el entorno escolar (Cipriano & Strambler, 2023).

Asimismo, programas estructurados como FRIENDS, diseñados para promover la resiliencia y habilidades emocionales en niños y adolescentes, han sido validados científicamente y aplicados exitosamente en diversos países y contextos culturales. Estos programas no solo mejoran la regulación emocional, sino que también previenen la aparición de trastornos de ansiedad y depresión (Barrett, 2012).

Durante la adultez, las habilidades socioemocionales continúan siendo relevantes, especialmente en el ámbito laboral y comunitario. La teoría de la selectividad socioemocional plantea que, a medida que las personas envejecen, tienden a priorizar relaciones significativas y experiencias emocionalmente positivas. Este enfoque subraya la necesidad de mantener y **fortalecer** estas habilidades a lo largo de toda la vida, incluyendo en la vejez (Carstensen, 2021).



En conjunto, la evidencia indica que promover el desarrollo de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida es una estrategia efectiva y sustentada científicamente para prevenir trastornos mentales, mejorar la calidad de vida y fortalecer la salud mental de la población en general.

### **3. Disminuir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas**

El consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú, con importantes repercusiones en la salud mental, la violencia familiar, los accidentes de tránsito y la productividad laboral. En regiones como Huancavelica, donde se superponen factores de vulnerabilidad social, pobreza y acceso limitado a servicios especializados, este problema se agrava, afectando especialmente a jóvenes, adultos en edad productiva y poblaciones rurales.

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el consumo nocivo de alcohol es responsable de una carga significativa de enfermedad, y representa un factor de riesgo clave en trastornos mentales y del comportamiento, así como en enfermedades crónicas no transmisibles (Ministerio de Salud, 2020). Por ello, la reducción de este consumo forma parte de los ejes estratégicos en los planes nacionales de salud mental y adicciones.

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2010) respalda estrategias integrales para la reducción del uso nocivo de alcohol, las cuales incluyen regulaciones sobre disponibilidad, control de la publicidad, políticas fiscales y programas comunitarios de prevención. Estas medidas han demostrado efectividad en diversos países y son aplicables al contexto peruano, especialmente en zonas donde el consumo está asociado a prácticas culturales o dinámicas sociales tolerantes.

Asimismo, en Perú se han implementado programas piloto y experiencias locales exitosas en comunidades andinas para reducir el consumo de sustancias mediante el fortalecimiento del tejido social, la intervención comunitaria y el abordaje intercultural,



con resultados positivos en la prevención del consumo desde edades tempranas (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA], 2021).

En el ámbito clínico, los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) en el Perú han comenzado a integrar tratamientos para el consumo de sustancias, con enfoque comunitario y participación familiar. Estas experiencias, junto con modelos internacionales como los recomendados por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2025), evidencian que el tratamiento oportuno y adaptado al entorno cultural mejora los resultados en salud.

Finalmente, estudios recientes han demostrado que intervenciones basadas en el entorno laboral también pueden ser útiles en el contexto peruano, particularmente en sectores con alta exposición al consumo como minería, agricultura o transporte (Morse et al., 2022).

En conclusión, disminuir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas en Huancavelica requiere una respuesta integral que combine políticas públicas, fortalecimiento del primer nivel de atención, trabajo multisectorial e intervenciones culturalmente pertinentes que consideren las características sociales y económicas de la región.

#### **4. Fomentar entornos familiares saludables que favorezcan el adecuado desarrollo personal**

El entorno familiar desempeña un papel crucial en el desarrollo personal y la salud mental de los individuos. En el contexto peruano, donde las familias suelen ser el núcleo central de apoyo emocional y social, promover dinámicas familiares saludables es esencial para el bienestar individual y colectivo.

Un entorno familiar positivo, caracterizado por la comunicación abierta, el respeto mutuo y la resolución constructiva de conflictos, contribuye significativamente al



desarrollo emocional y social de sus miembros. Estudios han demostrado que tales entornos fomentan la autoestima, la empatía y la resiliencia en los niños y adolescentes, preparándolos para enfrentar los desafíos de la vida de manera efectiva (Aporta, s.f.).

Además, la familia actúa como el primer agente socializador, transmitiendo valores, normas y comportamientos que moldean la personalidad y las habilidades sociales de los individuos. La influencia familiar en la formación de hábitos saludables y en la prevención de conductas de riesgo es ampliamente reconocida en la literatura científica (Universidad de Navarra, s.f.).

En el Perú, iniciativas como las promovidas por el Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales han enfatizado la importancia de fortalecer las capacidades parentales y promover prácticas de crianza positivas. Estas acciones buscan crear entornos familiares que apoyen el desarrollo integral de sus miembros y prevengan la aparición de trastornos mentales y conductas problemáticas.

En conclusión, fomentar entornos familiares saludables es una estrategia fundamental para promover el desarrollo personal y la salud mental de la población. La implementación de políticas y programas que apoyen a las familias en este objetivo es esencial para el bienestar y el progreso social.

#### **5. Fortalecer las condiciones comunitarias favorables y la articulación interinstitucional para el desarrollo integral de la población**

El fortalecimiento de condiciones comunitarias favorables y la articulación interinstitucional son fundamentales para promover el desarrollo integral de la población. En el contexto peruano, la implementación de políticas y programas que integren esfuerzos de diferentes sectores y niveles de gobierno ha demostrado ser efectiva para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar el bienestar de las comunidades.



La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 establece la necesidad de una coordinación efectiva entre los sectores salud, educación, trabajo, vivienda y otros, para garantizar entornos saludables que favorezcan el desarrollo personal y colectivo (Ministerio de Salud, 2019). Esta política enfatiza la importancia de la participación comunitaria y la corresponsabilidad en la promoción de la salud mental.

Asimismo, los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental destacan la articulación institucional, sectorial e interinstitucional como un componente clave para el cuidado integral de la salud mental en la comunidad. Estos lineamientos proponen establecer mecanismos de coordinación a nivel nacional, regional y local, que permitan una atención continua y coherente de las necesidades de salud mental de la población (Ministerio de Salud, 2018).



En la práctica, la implementación de Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) en diversas regiones del país ha evidenciado la efectividad de un enfoque comunitario e intersectorial. Estos centros trabajan en estrecha colaboración con instituciones educativas, organizaciones sociales y autoridades locales para desarrollar programas de prevención, promoción y atención en salud mental adaptados a las características y necesidades de cada comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En conclusión, fortalecer las condiciones comunitarias favorables y la articulación interinstitucional es esencial para el desarrollo integral de la población. La evidencia respalda la implementación de estrategias que promuevan la colaboración entre diferentes sectores y niveles de gobierno, con la participación activa de la comunidad, para mejorar la salud mental y el bienestar general de la población.

## **6. Consolidar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación en salud mental**

La consolidación de las intervenciones de tratamiento y rehabilitación en salud mental es esencial para garantizar una atención integral y continua a las personas que enfrentan trastornos mentales. En el Perú, la reforma de salud mental ha promovido un modelo comunitario que busca acercar los servicios a la población, integrando la atención en los diferentes niveles del sistema de salud.

Una de las estrategias clave en este proceso ha sido la implementación del Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación (PCC-R) en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC). Este programa ha sido ampliamente aceptado por profesionales y usuarios, y se reconoce su importancia en la atención comunitaria. Sin embargo, se han identificado desafíos en su aplicación, como la necesidad de desarrollar un documento normativo que detalle sus objetivos y actividades, mejorar la gestión de recursos y fortalecer la capacitación del personal (Toyama et al., 2020).

Además, la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, establece el marco legal para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, incluyendo el tratamiento y la rehabilitación, y promueve la integración de estos servicios en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud, 2019).

En el ámbito internacional, se destaca la importancia de adaptar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación a las características culturales y sociales de cada comunidad. Por ejemplo, en la región amazónica del Perú, el Centro Takiwasi combina la medicina tradicional amazónica con la psicoterapia moderna para tratar a personas con problemas de adicción, mostrando resultados positivos en la rehabilitación de los pacientes (Takiwasi, s.f.).

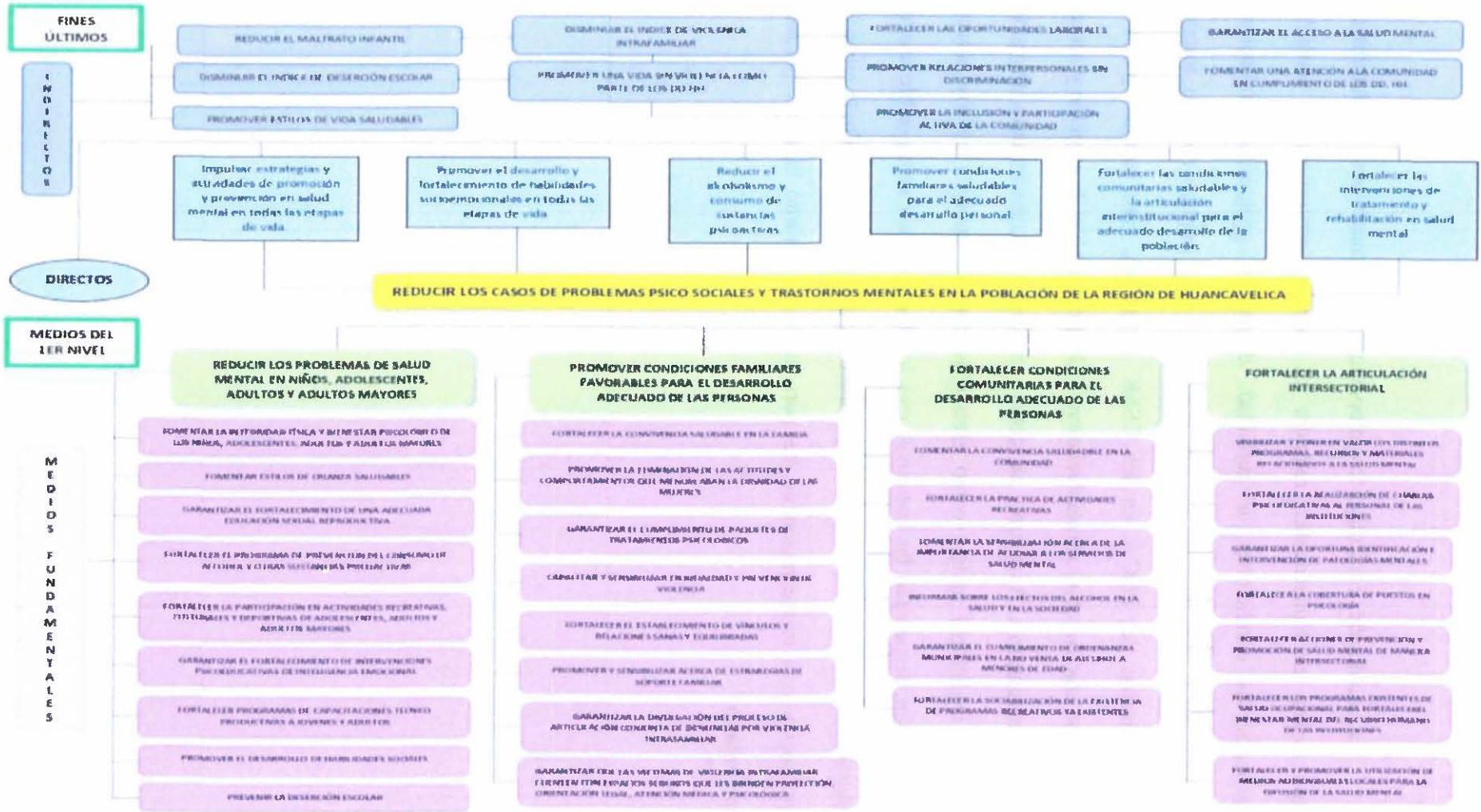


En conclusión, consolidar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación en salud mental en Huancavelica requiere un enfoque territorialmente sensible, que reconozca las condiciones de ruralidad, dispersión geográfica, limitaciones de conectividad y presencia de barreras culturales. Esto implica no solo fortalecer la implementación del PCC-R en los CSMC existentes, sino también garantizar su articulación efectiva con los establecimientos del primer nivel de atención y las redes de soporte comunitario. Asimismo, se debe considerar el conocimiento ancestral y la medicina tradicional andina como elementos complementarios en los procesos de recuperación, respetando las cosmovisiones locales. Solo así será posible asegurar un tratamiento oportuno, sostenible y culturalmente pertinente que facilite la rehabilitación psicosocial y la reintegración de las personas a su entorno familiar, productivo y comunitario.





7.2.11 ÁRBOL DE OBJETIVO



### 7.2.12 INDICADORES DE IMPACTO

En el marco de la implementación del Plan Regional Multisectorial de Salud Mental de Huancavelica 2025–2030, la definición de indicadores de impacto constituye un componente clave para evaluar los efectos a largo plazo de las intervenciones multisectoriales en salud mental.

Estos indicadores han sido diseñados con el propósito de medir los cambios sustantivos en la situación de salud mental de la población huancavelicana durante el período de ejecución del plan. En particular, permiten valorar la reducción de la carga de enfermedad mental, la mejora del bienestar emocional y social, y el fortalecimiento del acceso efectivo a servicios de atención integral.



Cada indicador de impacto está directamente vinculado con el objetivo general y objetivos específicos del plan, y ha sido formulado considerando la disponibilidad de datos regionales, la trazabilidad a través de sistemas de información confiables, y su pertinencia frente a los desafíos identificados en el diagnóstico situacional.

La presente matriz de indicadores de impacto no solo permitirá hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos asumidos por las entidades participantes, sino que facilitará también la toma de decisiones basada en evidencia, la rendición de cuentas institucional y la orientación estratégica de las políticas públicas regionales en salud mental.



Objetivo Estratégico	Indicador de Impacto	Meta al 2030	Fuente de Verificación
O.G.: Reducir la incidencia de problemas psicosociales y trastornos mentales en la población.	Tasa de incidencia de trastornos mentales comunes (por cada 10,000 hab.)	215 por 10,000	DIRESA Huancavelica – HIS MINSA
	Número anual de intentos de suicidio registrados	≤ 100 casos/año	HIS MINSA
	Porcentaje de población con percepción positiva de bienestar emocional	≥ 60%	Encuestas regionales / ENDES
1. Promoción y prevención en todas las etapas de vida	% de población participante en actividades preventivas de salud mental	≥ 40%	Informes de campañas multisectoriales
	% de estudiantes con conocimiento adecuado en salud mental	≥ 70%	Encuestas escolares / UGEL
2. Desarrollo de habilidades socioemocionales	% de IIEE con programas activos de habilidades socioemocionales	≥ 60%	UGEL / DRE HVA
	Reducción de casos de violencia escolar registrados	-30%	UGEL / Defensoría del Pueblo
3. Disminuir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias	Prevalencia de consumo de alcohol de riesgo (población ≥15 años)	≤ 15%	ENDES / CENARES / HIS MINSA
	Nº de atenciones por trastorno por consumo de sustancias	≤ 800 casos/año	HIS MINSA
4. Fomentar entornos familiares saludables	% de casos de violencia intrafamiliar reportados por mujeres	-30%	CEM / MINSA / MIMP
	% de familias con participación en programas psicoeducativos	≥ 50%	Informes multisectoriales
5. Fortalecer condiciones comunitarias y articulación interinstitucional	Nº de comités locales que desarrollan acciones en salud mental	≥ 40	Actas / Informes GORE HVCA / Municipios
	% de municipios con planes operativos de salud mental articulados	≥ 70%	Actas de concertación municipal
6. Consolidar tratamiento y rehabilitación en salud mental	% de usuarios con trastorno mental grave que completan tratamiento	≥ 75%	HIS MINSA



### 7.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI

Objetivos del Plan Regional de Salud Mental Huancavelica	Objetivos del PEI 2020–2026 Huancavelica	Alineamiento con Objetivos del PEI 2020–2026	Objetivo del Plan Nacional de Salud Mental 2024-2028	Alineamiento con el Plan Regional de Salud Mental Multisectorial 2026–2030
<p>Objetivo General: Reducir la incidencia de problemas psicosociales y trastornos mentales en la población durante el periodo 2025–2030.</p>	<p>OEI.03: Garantizar la atención integral de salud en la población en el marco del aseguramiento universal.</p>	<p>Alineado en cuanto incluye la salud mental como parte esencial de la atención integral, especialmente para personas con diagnóstico de depresión, ansiedad y conducta suicida.</p>	<p>Objetivo General: Incrementar el acceso a servicios de salud mental comunitaria, en los 3 niveles de atención de salud para la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación en salud mental en todo el territorio nacional, durante el periodo 2024-2028.</p>	<p>Alineado con el objetivo general del Plan Regional 2026-2030, que busca reducir la incidencia de problemas psicosociales y trastornos mentales a través de la promoción y prevención en todos los niveles de atención.</p>
<p>1. Impulsar estrategias y actividades de promoción y prevención en salud mental en todas las etapas de vida.</p>	<p>OEI.07: Promover el desarrollo e inclusión social de la población vulnerable.</p>	<p>Alineado con el objetivo específico 1 del Plan Regional ya que coincide con la búsqueda de servicios preventivos y promocionales dirigidos a grupos vulnerables como niños, adolescentes y adultos mayores.</p>	<p>1. Reforzar la integración clínica de la salud mental en el cuidado integral de salud y la atención de personas con problemas mentales de complejidad leve y moderada en establecimientos de salud del primer nivel de atención (PNAS).</p>	<p>Alineado con el objetivo específico 1 del Plan Regional, que impulsa estrategias de promoción y prevención en salud mental, especialmente en el primer nivel de atención. Refuerza el enfoque en la atención primaria y accesible para la población.</p>



<p>2. Promover el desarrollo y fortalecimiento de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida.</p>	<p>Lineamiento V: Buen trato</p>	<p>Alineado con el objetivo específico 2 del Plan Regional ya que fomenta la empatía, equidad y respeto en la atención pública, fortaleciendo así el bienestar emocional de usuarios y servidores.</p>	<p>2. Fortalecer la calidad de atención y ampliar la oferta de CSMC, según necesidades de salud identificadas en la población en cada departamento.</p>	<p>Alineado con el objetivo 5 del Plan Regional, que busca fortalecer las condiciones comunitarias y mejorar la accesibilidad de los servicios según las necesidades locales.</p>
<p>3. Disminuir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas.</p>	<p>OEI.03 y OEI.07</p>	<p>Alineado con el objetivo específico 3 del Plan Regional que involucra intervenciones en salud integral y acciones preventivas específicas en poblaciones vulnerables.</p>	<p>3. Fortalecer la calidad del cuidado y ampliar la oferta de UHSMA y de servicios médicos de apoyo, según brechas identificadas en cada departamento.</p>	<p>Alineado con el objetivo 6 del Plan Regional, que busca consolidar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación, enfocándose en ampliar la oferta de servicios para atender las necesidades de salud mental más complejas.</p>
<p>4. Fomentar entornos familiares saludables que favorezcan el adecuado desarrollo personal.</p>	<p>OEI.07</p>	<p>Alineado con el objetivo específico 4 del Plan Regional Se articula con actividades dirigidas a fortalecer dinámicas familiares positivas para niños, adolescentes y mujeres.</p>	<p>4. Promover el cierre y la búsqueda de ayuda oportuna por problemas de salud mental en la población.</p>	<p>Alineado con los objetivos 1 y 2 del Plan Regional, que promueven la búsqueda de ayuda oportuna, la educación en salud mental y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales a lo largo de la vida.</p>
<p>5. Fortalecer las condiciones comunitarias favorables y la articulación interinstitucional para el desarrollo integral de la población.</p>	<p>OEI.11: Mejorar la gestión institucional del Gobierno Regional de Huancavelica.</p>	<p>Alineado con el objetivo específico 5 del Plan Regional Implica trabajo coordinado y participativo con distintos sectores y niveles de gobierno para fortalecer el tejido social.</p>	<p>5. Fortalecer la gestión de los servicios de salud mental comunitaria y la participación de usuarios y familiares.</p>	<p>Alineado con el objetivo 5 del Plan Regional, que fomenta la participación comunitaria e interinstitucional en el desarrollo y gestión de los servicios de salud mental, asegurando la sostenibilidad y eficacia de las intervenciones.</p>



6. Consolidar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación en salud mental.	OEI.03	Alineado con el objetivo específico 6 del Plan Regional Se relaciona directamente con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales dentro del aseguramiento universal.	-	-
---	--------	---	---	---

#### 7.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

El **Plan Regional Multisectorial de Salud Mental de la Región Huancavelica 2026 – 2030** propone un conjunto de alternativas de solución estructuradas en lineamientos estratégicos, diseñados para abordar de manera integral los problemas detectados en la región.

Las principales alternativas de solución y líneas de acción propuestas son:

##### 1. Promoción y Prevención en Salud Mental

- **Estrategias por etapas de vida:** Implementar actividades de promoción y prevención que se mantengan a lo largo del ciclo vital, adaptándolas a las necesidades específicas de cada grupo (niñez, adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor).
- **Entornos protectores:** En la infancia y adolescencia, se priorizan los programas de habilidades socioemocionales en escuelas, el apoyo a cuidadores y la creación de entornos seguros para reducir la aparición de trastornos.
- **Fortalecimiento individual en adultos:** Para jóvenes y adultos, se proponen estrategias de autocuidado, actividad física y acompañamiento psicosocial comunitario para mitigar problemas graves y reducir el estigma.

##### 2. Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales

- **Aprendizaje Socioemocional (SEL):** Promover la autorregulación emocional, la empatía y la resolución de conflictos, especialmente en entornos educativos, para mejorar el bienestar general y el rendimiento académico.



- **Resiliencia:** Aplicar programas validados científicamente (como el programa FRIENDS) para fomentar la resiliencia y prevenir trastornos de ansiedad y depresión desde edades tempranas.

### 3. Reducción del Consumo de Sustancias

- **Abordaje Integral del Alcoholismo:** Implementar estrategias que incluyan regulaciones sobre disponibilidad, control de publicidad y programas comunitarios de prevención.
- **Intervención Comunitaria:** Fortalecer el tejido social mediante intervenciones con enfoque intercultural, integrando tratamientos en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) con participación familiar.

### 4. Fomento de Entornos Familiares Saludables

- **Crianza Positiva:** Fortalecer las capacidades parentales y promover prácticas de crianza que eviten estilos autoritarios, negligentes o sobreprotectores, los cuales están vinculados a problemas de salud mental en los niños.
- **Comunicación Familiar:** Incentivar la comunicación abierta y el respeto mutuo como mecanismos para fomentar la autoestima y la resiliencia en los miembros del hogar.

### 5. Articulación y Fortalecimiento del Sistema

- **Acción Intersectorial:** Coordinar esfuerzos entre los sectores de salud, educación y social para modificar las condiciones estructurales (pobreza, desigualdad) que limitan la salud mental.



- **Enfoque de Derechos Humanos:** Utilizar este enfoque como eje transversal para garantizar que la atención sea digna, elimine estigmas y promueva la autonomía de las personas afectadas.
- **Gestión de Recursos:** Optimizar el uso de los recursos ya disponibles en cada institución bajo el liderazgo del Gobierno Regional, enfocándose en la prevención y detección temprana en el primer nivel de atención

### 7.5 PRESUPUESTO

La implementación del Plan Multisectorial Regional de Salud Mental Huancavelica (2026-2030) se llevará a cabo con el financiamiento proveniente de los presupuestos anuales de las instituciones participantes, conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto aprobadas por el Gobierno Nacional.

La implementación será gradual y se basará en las actividades de cada línea estratégica, así como en las metas consensuadas entre los actores clave. Esta ejecución progresiva se integrará a la planificación presupuestal anual de cada sector involucrado durante la vigencia del plan. De esta manera, se busca asegurar la asignación adecuada de recursos y la sostenibilidad de las acciones a lo largo de los años.

Para la implementación del **Plan Regional Multisectorial de Salud Mental de la Región Huancavelica 2026 – 2030**, el presupuesto y financiamiento se estructuran de la siguiente manera:

- **Responsabilidad Institucional:** Cada institución integrante de la instancia regional de salud mental, en el marco de sus competencias, es responsable de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas.



- **Financiamiento mediante Recursos Ordinarios:** Las actividades del plan se financian principalmente a través del presupuesto institucional de apertura (PIA) de cada pliego involucrado, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.
- **Gestión por Resultados:** El presupuesto debe estar alineado a programas presupuestales específicos, lo que permite que el financiamiento se asigne de acuerdo con el cumplimiento de objetivos y actividades de salud mental programadas por cada sector.
- **Optimización de Recursos Existentes:** Se establece que la ejecución del plan se sostiene mediante la optimización de los recursos humanos, infraestructura y logística ya disponibles en las diversas direcciones regionales y gobiernos locales.
- **Sostenibilidad a Largo Plazo:** El financiamiento se proyecta de manera multianual para cubrir el periodo 2026-2030, asegurando que las acciones de prevención, promoción y atención en salud mental tengan continuidad financiera durante los cinco años de vigencia del plan.

## 7.6 FINANCIAMIENTO

El presente Plan Multisectorial se financiará con los presupuestos institucionales de las entidades participantes, por toda fuente de financiamiento, conforme a lo establecido en las Leyes Anuales de Presupuesto. Cada institución será responsable de incorporar en su programación multianual y anual los recursos necesarios para la implementación de las acciones previstas en el marco del plan, de acuerdo con sus competencias y disponibilidad presupuestal.



Para la implementación efectiva del **Plan Regional Multisectorial de Salud Mental de la Región Huancavelica 2026 – 2030**, las instituciones públicas alinearan sus actividades con los **Programas Presupuestales orientados a Resultados (PpR)**

### **1. Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental**

Este es el programa eje y el más relevante para el plan, ya que financia directamente la operatividad de la red de servicios.

- **Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC):** Financia el personal multidisciplinario y los gastos operativos de estos centros especializados en la región.
- **Unidades de Hospitalización:** Cubre la atención de casos graves en hospitales generales de la región.
- **Prevención y Detección Temprana:** Asigna recursos para el tamizaje de problemas de salud mental y violencia familiar en el primer nivel de atención (puestos y centros de salud).

### **2.- Programa Presupuestal 0051: Prevención y Control del Consumo de Drogas**

Dado que el plan regional incluye estrategias para reducir el alcoholismo y el consumo de sustancias, este programa es clave para la intervención intersectorial.

- **Intervenciones en Instituciones Educativas:** Financiamiento de programas preventivos para adolescentes en coordinación con el sector Educación.
- **Tratamiento y Rehabilitación:** Recursos para la recuperación de personas con trastornos por consumo de sustancias de forma ambulatoria o residencial.



### **3.- Programa Presupuestal 0080: Lucha contra la Violencia Familiar**

La salud mental está intrínsecamente ligada a la reducción de la violencia. Este programa permite financiar:

- **Atención a Víctimas:** Servicios de soporte psicológico y social para mujeres y miembros del grupo familiar afectados por violencia en Huancavelica.
- **Prevención Comunitaria:** Estrategias de sensibilización y cambio de patrones socioculturales que generan violencia.

### **4. Programa Presupuestal 0090: Logros de Aprendizaje de Estudiantes de la Educación Básica Regular**

Programa del sector Educación, se alinea con el plan regional en sus componentes preventivos.

- **Fortalecimiento de Habilidades Socioemocionales:** Financiamiento de la tutoría y orientación educativa (TOE) para desarrollar resiliencia y autoestima en los escolares huancavelicanos

### **5. Programa Presupuestal 1001: Productos Específicos para Desarrollo Infantil Temprano (DIT)**

Este programa es vital para las estrategias del plan dirigidas a la primera infancia.

- **Salud Mental Materna:** Financia la detección y tratamiento de depresión posparto y el fortalecimiento del vínculo madre-niño, factores determinantes para el desarrollo emocional futuro.



Para el caso de la intervención de los gobiernos locales se alineará a los siguientes programas presupuestales existentes:

### 1. Programa Presupuestal 0121: Articulación Territorial

Este es el programa principal para los gobiernos locales en materia de gestión social.

- **Gestión de Programas Sociales:** Permite financiar la contratación de personal y logística para las Instancias de Articulación Local (IAL), donde se coordinan las metas de salud y nutrición.
- **Seguimiento de Metas:** Facilita la inversión en el seguimiento nominal de niños y gestantes, asegurando que reciban sus tamizajes de salud mental y desarrollo temprano.

### 2. Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención en Salud Mental

Si bien la ejecución clínica es de la DIRESA, las municipalidades pueden cofinanciar actividades preventivas:

- **Mantenimiento de Infraestructura:** Los gobiernos locales pueden invertir en la mejora o adecuación de locales para que funcionen los Centros de Salud Mental Comunitaria o Hogares Protegidos.
- **Promoción Comunitaria:** Financiamiento de ferias de salud, campañas de sensibilización y talleres de bienestar emocional dirigidos a la comunidad local.



### 3. Programa Presupuestal 0030: Reducción de Delitos y Faltas que Afectan la Seguridad Ciudadana

Existe una relación directa entre salud mental y seguridad ciudadana.

- **Prevención Social del Delito:** Las municipalidades pueden financiar actividades deportivas, culturales y talleres de habilidades para la vida para jóvenes en riesgo, lo cual es un componente preventivo de salud mental.
- **Recuperación de Espacios Públicos:** Invertir en parques e iluminación para mejorar el entorno social, lo que reduce el estrés comunitario y fomenta la convivencia saludable

### 4. Programa presupuestal 0080: Lucha contra la Violencia Familiar

A través de las DEMUNA (Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente):

- **Atención y Orientación:** Financiamiento de servicios de psicología y orientación legal para familias en situación de violencia.

**Fortalecimiento Familiar:** Talleres de crianza positiva y masculinidades no violentas, que son pilares del plan regional de salud mental.

## VIII. RESPONSABILIDADES

La implementación del Plan Regional Multisectorial de Salud Mental se organiza en tres niveles de gestión: nacional, regional y local, asegurando una articulación efectiva entre los distintos actores institucionales involucrados.

Nivel Nacional



El Ministerio de Salud (MINSA), en coordinación con otros sectores como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el Ministerio de Educación (MINEDU) y demás instituciones pertinentes, brindará asistencia técnica a las entidades regionales para la implementación del plan, a solicitud de las instancias correspondientes. Esta asistencia estará orientada a fortalecer capacidades, brindar lineamientos técnicos y asegurar la coherencia con las políticas nacionales.

#### Nivel Regional

La Gerencia Regional de Desarrollo Social será la instancia responsable de liderar el proceso de implementación del plan en la región, a través de sus Direcciones Regionales sectoriales (salud, educación, inclusión social, entre otras). Estas entidades ejecutarán las acciones establecidas en el plan dentro de sus respectivas jurisdicciones, articulando esfuerzos y asegurando el cumplimiento de los objetivos y metas regionales.

#### Nivel Local

Las redes de salud, micro redes y establecimientos de salud, en coordinación con los gobiernos locales, serán los responsables de ejecutar las actividades estratégicas del plan en el ámbito territorial. Asimismo, deberán reportar periódicamente el progreso y los resultados alcanzados a los niveles superiores, asegurando la trazabilidad y el monitoreo adecuado del proceso de implementación. Cada entidad asumirá la responsabilidad de las acciones que correspondan a su ámbito de competencia.



## 2.1. Supervisión, monitoreo y evaluación

Para las acciones de monitoreo, supervisión y evaluación de las intervenciones deberá de constituirse un Comité Regional/ Equipo técnico de implementación del plan regional conformado por un coordinador/a regional que será un representante de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del GORE Huancavelica quien coordinará estrechamente con un Sub coordinador/a representante de la Dirección Regional de Salud y representantes de instituciones públicas y privadas de carácter regional. El equipo técnico diseñara un conjunto de herramientas que permitan el monitoreo, la supervisión y la evaluación a la implementación de las intervenciones y las metas del Plan, como de los indicadores de gestión y de resultados.

Las acciones que desarrollará el equipo técnico son:

- Reuniones de equipo técnico mensuales, bimestrales de análisis del proceso de implementación del plan multisectorial.
- Diseño e implementación de la línea de base, medición intermedia y medición final de la implementación del Plan Multisectorial.
- Diseño y aplicación de los instrumentos de monitoreo del Plan Multisectorial y la elaboración de reportes trimestrales.
- Realización de reuniones trimestrales y/o semestrales multisectoriales de monitoreo y avance del Plan Multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes.
- Realización de estudios de investigación en coordinación con sus integrantes para obtener evidencias de la situación del embarazo en adolescentes, conocimiento y acceso a la educación sexual integral y a servicios de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, entre otros.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.



American Psychiatric Association. (2022). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3rd ed.). <https://psychiatryonline.org/guidelines>

Aporta. (s.f.). Familias saludables: Las 6 claves del bienestar familiar. <https://www.aporta.org.pe/impacto/columna/familias-saludables-importancia-y-caracteristicas>

Barrett, P. (2012). *FUN FRIENDS: A facilitator's guide to building resilience in 4 to 7 year old children through play*. Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barroso, A. (2019). El suicidio como problema social: la perspectiva de género en la comprensión del fenómeno. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5(1), e468. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i1.468>

Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>

Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>

Becker, J. B., & Koob, G. F. (2016). Sex differences in animal models: Focus on addiction. *Biological Psychiatry*, 79(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.05.012>

Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *Current Directions in Psychological Science*, 30(3), 211–217. <https://doi.org/10.1177/0963721421999630>

Cipriano, C., & Strambler, M. (2023). New research published in *Child Development* confirms social and emotional learning significantly improves student academic performance, well-being, and perceptions of school safety. Yale School of Medicine. <https://medicine.yale.edu/news-article/new-research-published-in-child-development-confirms-social-and-emotional-learning-significantly-improves-student-academic-performance-well-being-and-perceptions-of-school-safety/>



Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA]. (2021). Informe nacional de prevención del consumo de drogas. <https://www.devida.gob.pe>

Defensores Humanos. (2025). Superación en salud mental global. <https://defensoreshumanos.org/derechos-humanos-y-salud/historias-superacion-estrategias-exitosas-paises-mejora-salud-mental/>

Dirección Regional de Salud de Huancavelica. (2024). Informe técnico sobre recursos humanos en salud mental. Gobierno Regional de Huancavelica.

DIRESA Huancavelica. (2024). Reporte regional de salud mental. Dirección Regional de Salud – Huancavelica.

Fromm, E. (1947). *Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics*. Rinehart.

Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C. U., Politi, P., ... McGuire, P. (2020). Age of onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192

epidemiological studies. *Psychological Medicine*, 50(1), 48–68.

<https://doi.org/10.1017/S0033291719003345>

Goodman, A., Joyce, R., & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(15), 6032–6037. <https://doi.org/10.1073/pnas.1016970108>

Goodman, A., Joyce, R., & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(15), 6032–6037. <https://doi.org/10.1073/pnas.1016970108>



Helbich, M., Klein, N., Roberts, H., Hagedoorn, P., & Groenewegen, P. (2018). More green space is related to less antidepressant prescription rates in the Netherlands: A Bayesian geospatial quantile regression approach. *arXiv preprint arXiv:1805.07395*. <https://arxiv.org/abs/1805.07395>

Huffington Post. (2025, febrero 14). Aprobado el primer plan antisuicidio con medidas de prevención. <https://www.huffingtonpost.es/politica/aprobado-primer-plan-antisuicidio-medidas-prevencion.html>

Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. (2019). Global Burden of Disease Study. <https://www.healthdata.org/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). Encuesta sobre seguridad ciudadana 2014. <https://www.inei.gob.pe>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2023). Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamentos, provincias y distritos 2018–2025. <https://www.inei.gob.pe/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas - Resultados definitivos.

INEI. [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1544/](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/)

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2019. <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/encuestas/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). Directorio de instituciones educativas 2020. <https://www.inei.gov.pe>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023a). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2023. <https://www.inei.gov.pe/estadisticas/encuestas/>

Kazdin, A. E. (2017). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents (3rd ed.). Oxford University Press.

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)



Macaya, J., Pihan, M., & Vicente, C. (2009). Factores que influyen en el desarrollo de la mente. *Revista de Psicología Social*, 24(1), 45–60.

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2023). Informe anual de servicios de salud mental comunitaria. Dirección de Salud Mental, MINSA.

Ministerio de Salud del Perú. (2020). Reglamento de la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental (Decreto Supremo N.º 007-2020-SA). <https://www.gob.pe/minsa>

Ministerio de Salud del Perú. (2024). Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2024–2028 (Resolución Ministerial N.º 686-2024-MINSA).

Ministerio de Salud del Perú. (2024). Reporte estadístico de salud mental. MINSA.

Ministerio de Salud. (2018). Lineamientos de política sectorial en salud mental. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental.

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662772/RM\\_232-2020-MINSA\\_Y\\_ANEXOS\\_compressed.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662772/RM_232-2020-MINSA_Y_ANEXOS_compressed.pdf)

Ministerio de Salud. (2019). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, país saludable.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1257169/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030%20.pdf>

Ministerio de Salud. (2020). Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021. MINSA. <https://www.gob.pe/minsa>

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA). (2021). Informe del mercado laboral regional 2021. <https://www.gob.pe/mintra>

Morse, A. K., Askovic, M., Sercombe, J., Dean, K., Fisher, A., Marel, C., ... & Mills, K. L. (2022). A systematic review of the efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of workplace-based interventions for the prevention and treatment of problematic substance use. *Frontiers in Public Health*, 10, 1051119. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1051119>

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management (NG99). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng99>

National Institute of Mental Health. (2020). Eating disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>

National Institute of Mental Health. (2022). What are the risk factors for psychosis? U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/what-is-psychosis>



National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2025). Recommend Evidence-Based Treatment: Know the Options. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/recommend-evidence-based-treatment-know-options>

OPS & OMS. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-mundial-sobre-salud-mental-transformar-salud-mental-para-todos>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Organización Mundial de la Salud. (2001). La salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/>

Organización Mundial de la Salud. (2005). Informe mundial sobre la salud mental: redoblar los esfuerzos. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562984>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020. [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

Organización Mundial de la Salud. (2013). Resolución WHA65.4: Carga mundial de los trastornos mentales y necesidad de una respuesta integral. [https://apps.who.int/gb/e/e\\_wha65.html](https://apps.who.int/gb/e/e_wha65.html)

Organización Mundial de la Salud. (2018). Mental health atlas 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240049338>



Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>



Organización Mundial de la Salud. (2022). Fact sheets: Mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2022). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.). <https://icd.who.int/>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Post-traumatic stress disorder (PTSD). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. <https://www.paho.org/>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. <https://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58312/OPSPER230004\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58312/OPSPER230004_spa.pdf)

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018).

The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018).

The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)



solido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2016). The “backbone” of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. American Journal of Public Health, 102(5), 853–860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300409>

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... Yeager, M. H. (2010). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports (11th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Takiwasi. (s.f.). Centro de Rehabilitación de Toxicómanos a través de la Medicina Tradicional Amazónica. <https://es.wikipedia.org/wiki/Takiwasi>

Toyama, M., Ipince, A., Cavero, V., Diez-Canseco, F., & Araya, R. (2020). Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de Continuidad de Cuidados y Rehabilitación (PCC-R) en los Centros de Salud Mental Comunitaria en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37(4), 635–641. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.5476>

Universidad de Navarra. (s.f.). La influencia de la familia en nuestras conductas.

<https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/mente-salud/influencia-familia-nuestras-conductas>

Vidal, C., & Alarcón, P. (2015). Equilibrio y adaptación en salud mental: una visión psiquiátrica.

Revista Peruana de Psiquiatría, 12(2), 78–88.

World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>

World Health Organization. (2022). World Mental Health Report: Transforming mental health

for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. Child and

Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(2), 185–222.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... &

Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many

of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE)

Study. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258.

[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. World

Psychiatry, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term

health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic

review and meta-analysis. PLoS Medicine, 9(11), e1001349.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>



Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>

Baumrind, D., Larzelere, R. E., & Cowan, P. A. (2010). Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff (2002). *Psychological Bulletin*, 126(4), 580–589. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.580>

McShane, K. E., & Hastings, P. D. (2009). The role of parenting in children's emotional development: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1219–1227. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02103.x>



UNICEF. (2021). The state of the world's children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2023. <https://consaludmental.org/publicaciones/informe-derechos-humanos-2023/>

Gómez, A., Sepúlveda, R., & Valenzuela, J. (2023). Impacto de las experiencias traumáticas en el desarrollo infantil: Una revisión desde la neurobiología. *Revista Chilena de Pediatría*, 94(2), 123–130. <https://doi.org/10.32641/rchped.v94i2.3456>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Salud mental y derechos humanos: Informe regional 2023. <https://www.paho.org/es/informes/salud-mental-derechos-humanos-2023>

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2023). Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2023. <https://consaludmental.org/publicaciones/informe-derechos-humanos-2023/>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-reproductiva-adolescentes>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Salud sexual y reproductiva.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2024). Educación sexual integral.

<https://www.unfpa.org/es/educacion-sexual-integral>

Padilla Gámez, N. (2022). Educación sexual: El gran pendiente. Gaceta UNAM.

<https://www.gaceta.unam.mx/educacion-sexual-el-gran-pendiente/>

N., & Gallardo-Pujol, D. (2014). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil:

Una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 26(2), 246–252.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.227>

Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult

developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand.

*Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664–674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>

Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W. S. (2018). Early life sexual abuse

is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *Journal of*

*Psychiatric Research*, 99, 129–141. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>

Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B., ... & Ricca, V.

(2018). Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients

with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European*

*Eating Disorders Review*, 26(3), 217–229. <https://doi.org/10.1002/erv.2586>

Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female

development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study.

*Development and Psychopathology*, 23(2), 453–476.

<https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>

Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2016). Ability emotional intelligence, depression, and

well-being. *Emotion Review*, 8(4), 311–315. <https://doi.org/10.1177/1754073916650494>



Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 88–103. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x>

UNESCO. (2023). Educación socioemocional para el bienestar de los jóvenes. <https://www.unesco.org/es/education/socioemotional-learning>

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Chang, E. M. (2012). Burnout and coping strategies: A longitudinal study among human service workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85(2), 321–339. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2011.02038.x>



Gordon, K. L., Chapman, A. L., Lovasz, N., & Walters, K. (2015). Too upset to think: The interplay of borderline personality features, negative emotions, and social problem-solving in the laboratory. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 243–251. <https://doi.org/10.1037/per0000119>

World Health Organization. (2024). Mental health: Strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



**ANEXOS**

**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y METAS FÍSICAS**

**Objetivo General de Plan: Reducir la incidencia de problemas psicosociales y trastornos mentales en la población durante el periodo 2026–2030.**

Estructura programática operativa									Responsable	Link de la Fuente de verificación
Actividad General	Actividad Específica	Unidad de medida	Línea de base	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS						
				2026	2027	2028	2029	2030		
<b>Objetivo específico 1: Impulsar estrategias y actividades de promoción y prevención en salud mental en todas las etapas de vida.</b>										
ACTIVIDAD 1.1: EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL ORIENTADA A LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE DIFICULTADES PSICOSOCIALES Y/O TRASTORNOS MENTALES.	TAMIZAJES PARA DETECTAR PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS (MALTRATO INFANTIL, TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y AUTISMO)	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	78,797	82,737	86,874	91,217	95,778	100,567	DIRESA HVCA	REPORTE HIS



TAMIZAJES PARA DETECTAR PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES (VIOLENCIA, TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, DEPRESION Y CONSUMO ALCOHOL)	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	15,950	16,748	17,585	18,464	19,387	20,357	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
TAMIZAJES PARA DETECTAR PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y TRASTORNOS MENTALES EN JOVENES (VIOLENCIA, DEPRESION Y CONSUMO ALCOHOL)	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	26,573	27,902	29,297	30,762	32,300	33,915	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
TAMIZAJES PARA DETECTAR PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS (VIOLENCIA, DEPRESION Y CONSUMO ALCOHOL)	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	112,414	118,035	123,936	130,133	136,640	143,472	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
TAMIZAJES PARA DETECTAR PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES (VIOLENCIA, ALZHEIMER, DEPRESION Y CONSUMO ALCOHOL)	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	18,076	18,980	19,929	20,925	21,971	23,070	DIRESA HVCA	REPORTE HIS



ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y APLICACIÓN DE TAMIZAJES	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	150	X	X	X	X	X	ESSALUD PROVINCIA HVCA	REPORTE DE TAMIZADOS
VISITAS DOMICILIARIAS A USUARIOS PARA REALIZAR DETECCIÓN PRECOZ DE POSIBLE PATOLOGÍA MENTAL	N° DE PERSONAS VISITADAS	120	120	120	120	120	120	ESSALUD PROVINCIA HVCA	REPORTE DE NÚMERO DE VISITAS EFECTUADAS
TAMIZAJE PARA DETECTAR VIOLENCIA FAMILIAR EN PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS.	N° DE FAMILIAS TAMIZADAS	21	30	30	30	30	30	CARITAS PERÚ	FICHA DE DE TAMIZAJE VIF Y FICHA DE DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO
TAMIZAJE PARA DETECTAR TRASTORNOS MENTALES (DEPRESIÓN, CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTA SUICIDA) EN GRUPOS DE RIESGO DE PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS.	N° DE FAMILIAS TAMIZADAS	21	30	30	30	30	30	CARITAS PERÚ	CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE TRASTORNOS MENTALES



TAMIZAJE DETECTAR MALTRATO INFANTIL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 17 AÑOS.	N° DE FAMILIAS TAMIZADAS	21	30	30	30	30	30	CARITAS PERÚ	FICHA DE DE TAMIZAJE VIF Y FICHA DE DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO
TAMIZAJE PARA DETECTAR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 3 DE 17 AÑOS.	N° DE FAMILIAS TAMIZADAS	21	30	30	30	30	30	CARITAS PERÚ	CUESTIONARIOS Y ESCALAS DE TRASTORNOS MENTALES
EVALUACIÓN DE DESARROLLO INFANTIL (APLICACIÓN DE PRUEBA TEP5I)	N° DE PERSONAS TAMIZADAS	20	X	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	INFORME
REALIZAR LA IDENTIFICACION Y DERIVACION OPORTUNA DE CONDUCTA O IDEACION SUICIDA	N° DE PERSONAS DERIVADAS	0	10	15	20	25	30	TODAS LAS INSTITUCIONES	INFORME



ACTIVIDAD 1.2: SESIONES EDUCATIVAS Y DE CONCIENCIACIÓN SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL.	CAMPAÑA "SACUDETE LOS PREJUICIOS DE EDUCACIÓN SEXUAL" (SE REALIZA UNA CHARLA AL AÑO EN CADA PROVINCIA: ANGARAES, TAYACAJA, CASTROVIRREYNA Y HVCA)	N° CAMPAÑAS REALIZADAS	4	4	X	X	X	X	APRODEH	ACTA DE ASISTENCIA
	CHARLAS PSICOLÓGICAS FUERA DEL EESS A USUARIOS ASEGURADOS	N° DE PERSONAS INTERVENIDAS	4	4	4	4	4	4	ESSALUD PROVINCIA HVCA	ACTAS DE REUNIONES
	DIFUSIÓN EN BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL EN LA ETAPA DE VIDA NIÑO.	N° DE VECES QUE SE DIFUNDE TEMAS EN SALUD MENTAL EN LA RADIO.	0	2	2	2	2	2	RED DE SALUD HUANCVELICA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA RED DE SALUD HUAYTARÁ RED DE SALUD ANGARAES RED DE SALUD TAYACAJA	ACTAS DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD
	DIFUSIÓN EN BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE.	N° DE VECES QUE SE DIFUNDE TEMAS EN SALUD MENTAL EN LA RADIO.	0	2	2	2	2	2	RED DE SALUD HUANCVELICA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA RED DE SALUD HUAYTARÁ	ACTAS DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD



									RED DE SALUD ANGARAES RED DE SALUD TAYACAJA	
DIFUSIÓN EN BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL EN LA ETAPA DE VIDA JOVEN.	N° DE VECES QUE SE DIFUNDE TEMAS EN SALUD MENTAL EN LA RADIO.	0	2	2	2	2	2	2	RED DE SALUD HUANCAMELICA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA RED DE SALUD HUAYTARÁ RED DE SALUD ANGARAES RED DE SALUD TAYACAJA	ACTAS DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD
DIFUSIÓN EN BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL EN LA ETAPA DE VIDA ADULTO.	N° DE VECES QUE SE DIFUNDE TEMAS EN SALUD MENTAL EN LA RADIO.	0	3	3	3	3	3	3	RED DE SALUD HUANCAMELICA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA RED DE SALUD HUAYTARÁ RED DE SALUD ANGARAES RED DE SALUD TAYACAJA	ACTAS DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD
DIFUSIÓN EN BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL EN LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR.	N° DE VECES QUE SE DIFUNDE TEMAS EN SALUD MENTAL EN LA RADIO.	0	2	2	2	2	2	2	RED DE SALUD HUANCAMELICA RED DE SALUD CASTROVIRREYNA RED DE SALUD HUAYTARÁ RED DE SALUD ANGARAES RED DE SALUD TAYACAJA	ACTAS DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD



	DIFUSIÓN EN BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL EN LA ETAPA DE VIDA JOVEN.	N° DE VECES QUE SE REALIZA UNA PUBLICACIÓN	0	0	0	0	0	0	UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA	ACTAS DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD
	DIFUSIÓN EN LA POBLACIÓN DE TEMAS DE SALUD MENTAL (SE REALIZA EN LA PROVINCIA DE HUANCAMELICA DE FORMA PRESENCIAL, SE REPARTEN TRIPTICOS POR PARTE DE LA COMISARIA DE FAMILIA, 4 DÍAS A LA SEMANA, LOS TEMAS DE LOS TRÍPTICOS SON ACERCA DE BULLING, ACOSO SEXUAL, VIOLENCIA FAMILIAR Y EXPLOTACIÓN INFANTIL)	N° DE VECES QUE SE DIFUNDE LA INFORMACIÓN	14440	14440	14440	14440	14440	14440	COMISARIA DE FAMILIA	EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
	TALLER SOBRE DISCIPLINA POSITIVA DIRIGIDO A LAS UGEL	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	8	50	50	50	50	50	DREH	ACTAS DE ASISTENCIA



	TALLER SOBRE CRIANZA POSITIVA DIRIGIDO A LAS UGELES	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	8	50	50	10	50	50	DREH	ACTAS DE ASISTENCIA
	TALLER SOBRE LAS BRIGADAS SISEVE DIRIGIDO A LAS UGELES	N° DE CONSEJERIAS REALIZADAS	8	50	10	10	50	50	DREH	ACTAS DE ASISTENCIA
	TALLER SOBRE LAS PREVI DIRIGIDO A LAS UGELES	N° DE CHARLAS REALIZADAS	10	50	50	50	50	50	DREH	ACTAS DE ASISTENCIA
	TALLER SOBRE SEXISMO	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	10	50	50	50	50	50	DREH	ACTAS DE ASISTENCIA
	TALLER SOBRE LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE CONVIVENCIA ESCOLA RM 383--2025-MINEDU	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	21	30	30	30	30	30	DREH	ACTAS DE ASISTENCIA
ACTIVIDAD 1.3: ENTRENAMIENTO EN TEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL PARA MIEMBROS DE INSTITUCIONES.	CAPACITACIÓN Y ADOPCION DE PRACTICAS (5006346) EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD, PARA IDENTIFICAR Y REFERIR A VICTIMAS DE VIOLENCIA.	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	86	86	86	86	86	86	DIRESA	REPORTE HIS



CAPACITACIÓN A PSICÓLOGOS EN "BALSAMO DE TERNURA " Y ARTE TERAPIA	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	10	20	15	X	X	X	WORLD VISION PERÚ	ACTA DE ASISTENCIA E INFORME DE CERTIFICACIÓN Y FOTOS
CAPACITACIÓN A SACERDOTES Y PASTORES EN "BALSAMO DE TERNURA"	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	10	50	50	X	X	X	WORLD VISION PERÚ	ACTA DE ASISTENCIA E INFORME DE CERTIFICACIÓN Y FOTOS
TRANSFERENCIA DE HERRAMIENTAS BALSAMO DE TERNURA A TODAS LAS INSTITUCIONES GEC, A NIVEL REGIONAL.	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	0	20	20	X	X	X	WORLD VISION PERÚ	ACTAS DE ASISTENCIA E INFORME DE PARTICIPACIÓN
FORTALECIMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE CAPACIDADES A ESPECIALITAS DE CONVIVENCIA ESCOLAR DE LA DREH Y 8 UGEL EN CRIANZA POSITIVA	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	15						UNICEF DREH	ACTAS DE ASISTENCIA E INFORME DE PARTICIPACIÓN
FORTALECIMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE CAPACIDADES A OPERADORES DE PROTECCIÓN Y PROGRAMAS SOCIALES (PROGRAMA WARMI ÑAN,UPE, DEMUNAs, CSMC, INABIF, SUB GERENCIA DE LA MUGER DE MPH) EN CRIANZA POSITIVA	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	30						UNICEF	ACTAS DE ASISTENCIA E INFORME DE PARTICIPACIÓN



ACTIVIDAD 1.4: PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS REGIONALES EN TEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL	CAMPAÑA DE SENSIBILIZACION COMUNITARIA	N° DE PERSONAS	0	1	2	3	3	3	GORE HUANCAVELICA	ACTA
	FERIA REGIONAL Y PROVINCIAL DE LA SALUD MENTAL	N° FERIAS	0	2	2	3	4	5	GORE HUANCAVELICA / MUNICIPALIDADES	ACTA
	INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPACIOS MULTISECTORIALES E INTERINSTITUCIONALES	N° INTERVENCIONES	0	2	3	3	3	3	GORE HVCA/ CRPINA/ PROGRAMAS SOCIALES	ACTA
	CAPACITACION A FUNCIONARIOS PÚBLICOS Y SERVIDORES	N° SESIONES	0	10	12	14	16	18	MULTISECTORIAL	INFORME
<b>Estructura programática operativa</b>										
Actividad General	Actividad Especifica	Unidad de medida	Línea de base	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	Link de la Fuente de verificación
				2026	2027	2028	2029	2030		
<b>Objetivo específico 2: Promover el desarrollo y fortalecimiento de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida.</b>										
ACTIVIDAD 2.1: SESIONES FORMATIVAS CENTRADAS EN EL ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS Y RELACIONALES.	SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS	N° DE PERSONAS ATENDIDAS	855	898	943	990	103,926	109,122	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
	SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES	N° DE PERSONAS ATENDIDAS	855	898	943	990	103,926	109,122	DIRESA HVCA	REPORTE HIS



CONSEJERÍAS PSICOLÓGICAS EN TEMAS DE SALUD MENTAL	N° DE CONSEJERIAS REALIZADAS	480	480	480	480	480	480	480	ESSALUD PROVINCIA HVCA	REPORTE DE ACTIVIDAD
CHARLAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIEMOCIONALES PARA LAS PERSONAS DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR	N° DE CHARLAS REALIZADAS	12	12	X	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: CIAM	ACTAS DE ASISTENCIA
SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS .	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	21	30	30	30	30	30	30	CARITAS	ACTAS DE ASISTENCIA
SESIONES DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA NIÑAS y NIÑOS .	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	21	30	30	30	30	30	30	CARITAS	ACTAS DE ASISTENCIA
ESCUELA DE LIDERAZGO (SE REALIZA UNA CHARLA AL AÑO EN CADA PROVINCIA: ANGARAES, TAYACAJA, CASTROVIRREYNA Y HVCA)	N° DE CHARLAS REALIZADAS	4	4	X	X	X	X	X	APRODEH	ACTAS DE ASISTENCIA
CHARLAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIEMOCIONALES PARA LAS PERSONAS DE LA ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR.	N° DE CHARLAS REALIZADAS	21	30	30	30	30	30	30	CARITAS	ACTAS DE ASISTENCIA
TALLERES EN HABILIDADES SOCIEMOCIONALES, DIRGIDO A ESPECIALISTAS DE UGEL Y DREH, A NIVEL REGIONAL	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	80	80	80	X	X	X	X	WORLD VISION PERÚ	ACTAS DE ASISTENCIA E INFORME DE PARTICIPACIÓN



	FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES EN ESCOLARES	N° DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS	324	324	X	X	X	X	DRE HUANCVELICA DIRECCIÓN DE GESTIÓN PEDAGÓGICA - PPO51 DEVIDA	PADRÓN DE BENEFICIARIOS
	TALLERES DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN IIEE FOCALIZADAS "IMPLEMENTACIÓN DE LAS SESIONES DE LA BRIGADA SÍSEVE"	N° DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS	3000	0	0	0	0	0	EQUIPO DE CONVIVENCIA ESCOLAR REGIONAL Y LOCAL	SESIONES DE LA BRIGADA SÍSEVE EN LAS IIEE FOCALIZADAS EN LAS 8 UGEL
ACTIVIDAD 2.1: ACTIVIDADES PREVENTIVOS PROMOCIONALES	CREACION E IMPLEMENTACION DE UN PLAN LOCAL DE SALUD MENTAL	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
	FORTALECER LAS DEFENSORIAS MUNICIPALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
	ORGANIZAR CAMPAÑAS COMUNITARIAS DE SALUD MENTAL	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
	PROMOVER ESPACIOS COMUNITARIOS DE SALUD EMOCIONAL	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
	REALIZAR TALLERES Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES, JOVENES Y ADULTOS MAYORES	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes



	PROMOVER ACTIVIDADES RECREATIVAS, DEPORTIVAS Y CULTURALES	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
	APOYAR A PERSONAS EN SITUACION DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
	REALIZAR SESIONES CON ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE DERECHOS	N° DE PARTICIPANTES	0	20	40	60	80	100	GOBIERNOS LOCALES	Link de informes
<b>Estructura programática operativa</b>										
Actividad General	Actividad Especifica	Unidad de medida	Línea de base	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	Link de la Fuente de verificación
				2026	2027	2028	2029	2030		
<b>Objetivo específico 3: Disminuir el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas.</b>										
ACTIVIDAD 3.1: PROVISIÓN CONTINUA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS PARA USUARIOS CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.	INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y TABACO.	N° DE PERSONA TRATADA	82	86	90	95	100	105	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
	INTERVENCIONES BREVES MOTIVACIONALES PARA PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL DEL ALCOHOL Y TABACO.	N° DE PERSONA TRATADA	293	308	323	339	356	374	DIRESA HVCA	REPORTE HIS



ACTIVIDAD 3.2: PROGRAMAS PREVENTIVOS ENFOCADOS EN EVITAR EL INICIO O LA PROGRESIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS.	APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO A TRAVÉS DE LA TUTORIA.	N° DE ESTUDIANTES BENEFICIARIOS	2212	2212	X	X	X	X	DRE HUANCAVELICA DIRECCIÓN DE GESTION PEDAGÓGICA - PPO051 DEVIDA	PADRÓN DE BENEFICIARIOS
	SERVICIO DE ORIENTACION, CONSEJERIA E INTERVENCION BREVE:	N° DE PERSONAS INTERVENIDAS	320	320	320	320	320	320	DIRESA	REPORTE HIS
<b>Estructura programática operativa</b>										
Actividad General	Actividad Especifica	Unidad de medida	Línea de base	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	Link de la Fuente de verificación
				2026	2027	2028	2029	2030		
<b>Objetivo específico 4: Fomentar entornos familiares saludables que favorezcan el adecuado desarrollo personal.</b>										
ACTIVIDAD 4.1: PROMOCIÓN DE PAUTAS DE CRIANZA QUE CONTRIBUYAN AL CRECIMIENTO EMOCIONAL Y SOCIAL SALUDABLE.	PROMOCION DE CONVIVENCIA SALUDABLE EN FAMILIAS CON GESTANTES O NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	N° FAMILIAS	4,900	5,145	5,402	5,672	5,956	6,254	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
	REALIZACIÓN DE CHARLAS "JUEVES FAMILIAR" EN LIVE FACEBOOK DE UGEL HVCA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA.	N° DE CHARLAS REALIZADAS	0	12	12	12	12	12	UGEL HVCA COLEGIO DE PSICÓLOGOS COMISARIA DE FAMILIA	ACTA DE ASISTENCIA VIRTUAL DE PERSONAL QUE FACILITA LA CHARLA
	TALLERES A PADRES Y MADRES DE FAMILIA ACERCA DE PAUTAS DE CRIANZA SALUDABLES.	N° DE TALLERES REALIZADOS	6	X	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	ACTAS DE ASISTENCIA

*Handwritten mark*

	<p>APLICACIÓN DEL PROGRAMA FAMILIAS FUERTES: AMOR Y LÍMITES (FORTALECER LAZOS FAMILIARES Y PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES)</p>	<p>N° DE FAMILIAS INTERVENIDAS</p>	117	117	X	X	X	X	<p>DRE HUANCVELICA DIRECCIÓN DE GESTION PEDAGÓGICA - PP0051 DEVIDA</p>	<p>PADRON DE BENEFICIARIOS</p>
	<p>FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PARENTALES PARA CRIAN SIN VIOLENCIA EN OPERADORES DE PROTECCIÓN, SALUD, EDUCACIÓN, GOREH Y GOBIERNOS LOCALES QUE SON PADRES Y MADRES DE FAMILIA A TRAVES DEL MICRO CURSO WHATSAPP DE CRIANZA POSITIVA</p>	<p>N° OPERADORES PADRES Y/O MADRES DE FAMILIA</p>	600						<p>UNICEF</p>	<p>PADRÓN DE FUNCIONARIOS QUE CONCLUYERON CON EL MICRO CURSO</p>
<p>ACTIVIDAD 4.2: ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EN LAS DINÁMICAS FAMILIARES.</p>	<p>PAREJAS CON CONSEJERÍA EN LA PROMOCIÓN DE UNA CONVIVENCIA SALUDABLE</p>	<p>N° FAMILIAS</p>	500	525	551	579	608	638	<p>DIRESA HVCA</p>	<p>REPORTE HIS</p>
	<p>LÍDERES ADOLESCENTES PROMUEVEN LA SALUD MENTAL EN SU COMUNIDAD</p>	<p>N° PERSONA CAPACITADA</p>	1,200	1,260	1,323	1,389	1,459	1,532	<p>DIRESA HVCA</p>	<p>REPORTE HIS</p>
	<p>AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA REDUCIR LA VIOLENCIA FÍSICA CAUSADA POR LA PAREJA</p>	<p>N° PERSONA CAPACITADA</p>	980	1,029	1,080	1,134	1,191	1,251	<p>DIRESA HVCA</p>	<p>REPORTE HIS</p>
	<p>TALLER "NUEVAS MASCULINIDADES" (en colegios de secundaria</p>	<p>N° DE TALLERES REALIZADOS</p>	0	X	X	X	X	X	<p>UGEL DESCOCENTRO</p>	<p>ACTAS DE ASISTENCIA</p>



	focalizados de la provincia de hvca)									
	CONCURSO "REDES SOCIALES EN ACCIÓN, CONTRA LA VIOLENCIA"	N° DE CONCURSOS REALIZADOS	4	4	X	X	X	X	APRODEH	ACTA DE PARTICIPANTES
	CONCURSO DE "BUENAS PRÁCTICAS A FAVOR DE LA EQUIDAD Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA" (SE REALIZA UN CONCURSO AL AÑO EN CADA PROVINCIA: ANGARAES, TAYACAJA, CASTROVIRREYNA Y HVCA)	N° DE CONCURSOS REALIZADOS	4	4	X	X	X	X	APRODEH	ACTA DE PARTICIPANTES
ACTIVIDAD 4.3: DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LÍDERES Y GESTORES INSTITUCIONALES.	TRANSFERENCIA DE METODOLOGÍA BALSAMO DE TERNURA A GESTORES DEL PROGRAMA NACIONAL PAIS	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	50	50	50	X	X	X	WORL VISION PERÚ	ACTAS DE ASISTENCIA E INFORME
	TRANSFERENCIA DE METODOLOGÍA BALSAMO DE TERNURA A GESTORES DEL JUNTOS	N° DE PERSONAS CAPACITADAS	0	20	20	X	X	X	WORL VISION PERÚ	ACTAS DE ASISTENCIA E INFORME
ACTIVIDAD 4.4: REALIZAR ACTIVIDADES EN BENEFICIO DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN INSTITUCIONES NO PERTENECIENTES AL SECTOR SALUD.	REALIZACIÓN DE PERICIAS PSICOLÓGICAS A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA A PEDIDO DEL JUZGADO DE FAMILIA.	N° DE PERSONAS EVALUADAS	50						PODER JUDICIAL	REGISTRO VIRTUAL



Estructura programática operativa										
Actividad General	Actividad Específica	Unidad de medida	Línea de base	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	Fuente de verificación
				2026	2027	2028	2029	2030		
Objetivo específico 5: Fortalecer las condiciones comunitarias favorables y la articulación interinstitucional para el desarrollo integral de la población.										
ACTIVIDAD 5.1: FORTALECER LAS ACCIONES PARA LA REPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD COLECTIVA	INTERVENCIONES COMUNITARIAS PARA LA RECUPERACION EMOCIONAL DE POBLACIONES VICTIMAS DE VIOLENCIA POLITICA	N° DE COMUNIDADES INTERVENIDAS	5	6	6	7	7	7	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
ACTIVIDAD 5.2: FORTALECER LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA Y OPORTUNA DE SITUACIONES PERJUDICIALES PARA LA SALUD MENTAL.	PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN SITUACIONES DE CRISIS Y EMERGENCIAS HUMANITARIAS	N° DE PERSONAS ATENDIDAS	200	210	221	232	243	255	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
ACTIVIDAD 5.3: FORTALECER LAS CAPACIDADES DE PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.	CAPACITACIÓN A AGREMIADOS DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE HVCA.	N° DE CAPACITACIONES REALIZADAS A PSICÓLOGOS	0	4	4	X	X	X	COLEGIO DE PSICÓLOGOS	ACTAS DE ASISTENCIA
ACTIVIDAD 5.4: DESARROLLAR ACCIONES QUE FAVOREZCAN CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS ADECUADAS.	SERVICIO ABE (ASESORIA EN BÚSQUEDA DEL EMPLEO)	N° DE TALLERES REALIZADOS	30	50	50	50	50	50	DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DEL TRABAJO	ACTAS DE ASISTENCIA
	CICLOS DE ESTUDIO Y ASESORIA PARA POSTULACIÓN A UNIVERSIDADES.	N° DE CICLOS DE ESTUDIO	3	3	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: SUB GERENCIA DE LA JUVENTUD, EDUCACIÓN,	ACTAS DE ASISTENCIA



									CULTURA Y DEPORTE.	
	IMPLEMENTACIÓN PARA VIVIENDAS SALUDABLES	N° DE FAMILIAS BENEFICIADAS	0	X	X	X	X	X	FH	ACTAS DE ENTREGA
ACTIVIDAD 5.5: FORTALECER LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES Y DEPORTIVAS.	TALLER CULTURAL DE DANZA DE TIJERAS (desde los 3 a 15 años de edad)	N° DE TALLERES REALIZADOS	2	2	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: SUB GERENCIA DE LA JUVENTUD, EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE.	ACTAS DE ASISTENCIA
	TALLER DE ORQUESTA CINFÓNICA (desde los 5 a 18 años de edad)	N° DE TALLERES REALIZADOS	2	2	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: SUB GERENCIA DE LA JUVENTUD, EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE.	ACTAS DE ASISTENCIA
	TALLER DE FUTBOL, VOLEY Y NATACIÓN (desde los 5 a 15 años de edad)	N° DE TALLERES REALIZADOS	1	1	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: SUB GERENCIA DE LA JUVENTUD, EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE.	ACTA DE ASISTENCIA
	MEDIA MARATÓN INTERNACIONAL	N° DE PARTICIPANTES	1	1	X	X	X	X	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE HVCA: SUB GERENCIA DE LA JUVENTUD, EDUCACIÓN,	ACTA DE ASISTENCIA



									CULTURA Y DEPORTE.	
ACTIVIDAD 5.6: SUPERVISIÓN PARA EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD MENTAL Y EL OPTIMO ABASTECIMIENTO DE MEDICACIÓN PSIQUIATRICA.	SUPERVISIÓN DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA DE PERSONAL DE SALUD MENTAL EN HDH Y EE.SS DE LA PROVINCIA DE HVCA. Y SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS.	N° DE SUPERVISIONES	2	4	4	4	4	4	DEFENSORÍA DEL PUEBLO	ACTAS DE SUPERVISIÓN
ACTIVIDAD 5.7: GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO A INSTITUCIONES EN BENEFICIO DE LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD	ESPACIO DE ACOMPAÑAMIENTO A ORGANIZACIONES DE NNA ARELIT, CON EL OBJETIVO DE PROMOVER SUS DERECHOS Y CIUDADANIA DESDE LA VOZ DE LOS NNA (NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES) ES A NIVEL REGIONAL.	N° DE PERSONAS ORIENTADAS EN LIDERAZGO	60	60	60	X	X	X	WORLD VISION PERÚ	LISTA DE ASISTENCIA E INFORME
<b>Estructura programática operativa</b>										
Actividad General	Actividad Específica	Unidad de medida	Línea de base	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable	Link de la Fuente de verificación
				2026	2027	2028	2029	2030		
<b>Objetivo específico 6: Consolidar las intervenciones de tratamiento y rehabilitación en salud mental.</b>										
ACTIVIDAD 6.1: REFORZAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN CONTINUA DEL	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL.	N° DE PERSONA TRATADA	40	42	44	46	49	51	DIRESA HVCA	REPORTE HIS



CUIDADO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EESS QUE CUENTEN CON LA UPSS SALUD MENTAL O PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA O MÓDULOS DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE EN SALUD (MAMIS) Y LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.	TRATAMIENTO A NIÑOS Y ADOLCESNTES DE 0 A 17 AÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N° DE PERSONA TRATADA	350	368	386	405	425	447	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
	TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO INFANTIL	N° DE PERSONA TRATADA	400	420	441	463	486	511	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN VIOLENCIA FAMILIAR	N° DE PERSONA TRATADA	800	840	882	926	972	1,021	DIRESA HVCA	REPORTE HIS
	TERAPIA INDIVIDUAL A USUARIOS ASEGURADOS	N° DE PERSONAS INTERVENIDAS	480	480	480	480	480	480	ESSALUD PROVINCIA HVCA	REGISTRO DE ACTIVIDAD
ACTIVIDAD 6.2: REFORZAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN CONTINUA DEL CUIDADO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EESS CON CATEGORIAS I-2, I-3 Y I-4 DEL I NIVEL DE ATENCIÓN, DEL II, III NIVEL QUE CUENTEN CON LA UPSS SALUD MENTAL O PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA Y LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.	TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR MALTRATO INFANTIL. (0060614)	N° DE PERSONAS TRATADAS	460	460	460	460	460	460	DIRESA	REPORTE HIS
	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 0 DE 17 POR TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. (5005927)	N° DE PERSONAS TRATADAS	460	460	460	460	460	460	DIRESA	REPORTE HIS
ACTIVIDAD 6.3: REFORZAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN CONTINUA DEL	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN VIOLENCIA FAMILIAR. (0070612)	N° DE PERSONAS TRATADAS	460	460	460	460	460	460	DIRESA	REPORTE HIS



<p>CUIDADO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EESS CON CATEGORÍAS I-2, I-3 Y I-4 DEL I NIVEL DE ATENCIÓN CON LA UPSS SALUD MENTAL O PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA.</p>	<p>TRATAMIENTO EN VIOLENCIA FAMILIAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN NO ESPECIALIZADO. (5005189)</p>	<p>N° DE PERSONAS TRATADAS</p>	<p>460</p>	<p>460</p>	<p>460</p>	<p>460</p>	<p>460</p>	<p>460</p>	<p>DIRESA</p>	<p>REPORTE HIS</p>
<p>ACTIVIDAD 6.4: REFORZAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN CONTINUA DEL CUIDADO PARA PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD EN EESS CON CATEGORÍAS I-2, I-3 Y I-4 DEL I NIVEL DE ATENCIÓN, II, III NIVEL QUE CUENTEN CON LA UPSS SALUD MENTAL O PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA Y LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.</p>	<p>TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON DEPRESION, ANSIEDAD Y CONDUCTA SUICIDA.</p>	<p>N° DE PERSONA TRATADA</p>	<p>920</p>	<p>966</p>	<p>1,014</p>	<p>1,065</p>	<p>1,118</p>	<p>1,174</p>	<p>DIRESA HVCA</p>	<p>REPORTE HIS</p>
<p>ACTIVIDAD 6.5: REFORZAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN CONTINUA DEL CUIDADO PARA PERSONAS CON TRASTORNOS Y SÍNDROMES PSICÓTICOS EN DIRIS, UNIDADES EJECUTORAS Y REDES</p>	<p>TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PERSONAS CON PSICOSIS</p>	<p>N° DE PERSONA TRATADA</p>	<p>320</p>	<p>336</p>	<p>353</p>	<p>370</p>	<p>389</p>	<p>408</p>	<p>DIRESA HVCA</p>	<p>REPORTE HIS</p>
	<p>TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA LAS PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO</p>	<p>N° DE PERSONA TRATADA</p>	<p>80</p>	<p>84</p>	<p>88</p>	<p>93</p>	<p>97</p>	<p>102</p>	<p>DIRESA HVCA</p>	<p>REPORTE HIS</p>

Plan Regional Multisectorial de Salud Mental: ALLIN KAUSAY HUANCAVELICA



<p>QUE CUENTEN CON CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.</p>											
	<p>PROGRAMA RESTAURATIVO "LA VOZ DE MI CORAZÓN" AL CSMC HVCA. ARTE TERAPIA : ES UN CONJUNTO DE INSTRUMENTOS PARA QUE LOS NIÑOSQUE HAN SIDO VICTIMAS DE VIOLENCIA PUDAN RECIBIR TERAPIA.</p>	<p>N° DE IMPLEMENTACIONES</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>WORLD VISION PERÚ</p>	<p>ACTAS DE ENTREGA E INFORME DE LO ENTREGADO.</p>	

