

MINISTERIO DE SALUD

ANTEPROYECTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA

Dirección Técnica de Salud de las Personas
Dr. Rodolfo Zavala Ulffe, Director Técnico

Dirección General de Programas de Salud Integral
Dr. Nazario Carrasco, Director General

Programa Nacional de Salud Mental
Dr. Mariano Querol, Director General

Lima, Diciembre de 1992

NOTA DEL EDITOR

En un país como el Perú, en el que resulta difícil usufructuar sistemáticamente de la experiencia generada por múltiples actores, es una responsabilidad moral recuperar ideas y proyectos trabajados con ahinco y seriedad en bien de nuestra población.

En el curso de los años hemos observado que valiosos esfuerzos se han perdido, ya porque sus autores no se decidieron a publicarlos o porque, remitidos a las autoridades del sector, quedaron como piezas de archivo olvidadas o conocidas tan sólo por una minoría. Muchos de estos documentos, aunque teóricamente valiosos, han devenido, así, inútiles en la práctica por su escasa o nula difusión. Se ha contribuído, de este modo, sin desearlo, a romper la corriente de pensamiento que debe alimentar a las generaciones del país, obligando a las que llegan a re-empezar, una vez más, con el riesgo, no sólo de repetir esfuerzos ya realizados sino de perpetuar el ciclo descrito. Anales de Salud Mental considera, por ello, su obligación, hacer todo lo posible para mantener informada a la comunidad científica de lo producido en el campo nacional, aunque, como es el caso del presente documento, por diversas circunstancias, no se haya completado el periplo regular de su oficialización.

El Anteproyecto del Programa Nacional de Salud Mental en la Atención Primaria, que testimonia el trabajo de muchos profesionales peruanos de Salud Mental liderados por el Dr. Mariano Querol, Director General de Salud Mental en el periodo 1991-92, constituye un valioso esfuerzo que no debe perderse. Servirá de base para próximos intentos en la misma línea con las modificaciones que se estimen necesarias.

Y, de este modo, fomentar el hábito de apoyarnos en la continuidad de las ideas y acciones que tanto necesita el país para acelerar su natural desarrollo. Con esta intención se publica en el presente número.

INDICE

1. INTRODUCCION GALEATA	130
2. ASPECTOS CONCEPTUALES	131
3. CONSIDERACIONES HISTORICAS	132
4. SITUACION ACTUAL DE LA SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL	133
5. PERTINENCIA DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA	133
6. OBJETIVOS: ATENCION PRIMARIA PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y REHABILITACION DE LA ENFERMEDAD	137
7. PLAN DE ACCION Y ESTRATEGIAS: NORMAS TECNICAS ADMINISTRATIVAS ENUNCIADAS SEGUN LAS AREAS DE ACCION DIMANADAS DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS	138
8. ACCIONES DE REGISTRO, INVESTIGACION Y EVALUACION	153
9. DERECHOS HUMANOS, ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL	153
10. RECURSOS, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	155
11. TEXTOS SUSTENTATORIOS	155
12. NOMINA DE EXPOSITORES Y PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO-TALLER SOBRE SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD	157
13. ABREVIATURAS UTILIZADAS	159

1. INTRODUCCION GALEATA

La necesidad de un documento normativo de la estrategia de las acciones de salud mental, dentro del marco de la atención primaria en salud, era y sigue siendo imperiosa. Consecuentemente, en el marco de actividades del Programa de Salud Mental -cuya Dirección ocupé en cargo de confianza, desde enero de 1991 hasta el 31 de diciembre de 1992, en que mi renuncia fue aceptada- se formó una Comisión **ad-hoc** coordinada por el suscrito y, alternativamente, por la Dra. Talya Landmann, e integrada por las siguientes personas, presentadas en orden alfabético: Drs. Pablo Alban Silva, Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao; Nancy Candela Bolaños, Médico Jefe, Dirección Subregional de Salud I-Callao; Jorge Castro Morales, ex-Director Ejecutivo, Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; Jaime Jimenez, sub-Director Ejecutivo, Hospital «Hermilio Valdizán»; Ever Mitta Curay, Jefe del Equipo de Salud Mental-Jefe de la Unidad de Capacitación, Hospital de Apoyo San José del Callao; Ezequiel Paz, Consultor en el Desarrollo de Servicios de Salud, OPS; Pedro Quiñones, Escuela Nacional de Salud Pública; Elard Sánchez Tejada, Director Ejecutivo, Hospital «Hermilio Valdizán»; Dante Warthon Grajeda, Director Ejecutivo Hospital «Víctor Larco Herrera»; Manuel Zambrano, Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana; Psic. Giovanni Bosco, Representante de la Cooperación Italiana; Manuel Lozano Vallejo, Escuela Nacional de Salud Pública, Recursos Humanos; Ruth Torres Uria, Coordinadora General del Programa de Salud Mental, Dirección Subregional de Salud V-Lima Ciudad; y, Enf. Norma Plaza, Coordina-

dora de Salud Mental, Dirección Subregional de Salud III-Lima Norte.

La Comisión se reunió semanalmente, de marzo a setiembre de 1992, para revisar los documentos sustentatorios -cuya relación se presenta bajo el numeral 11- y redactar un borrador de Anteproyecto del Programa, con el objeto que fuera discutido y enriquecido con los aportes de opiniones multidisciplinarias de personas interesadas y que trabajan en salud mental en las diversas regiones del país.

Para ese efecto, entre el 23-26 de setiembre de 1992 tuvo lugar un Seminario Taller en el cual se realizó la discusión del borrador de Anteproyecto del Programa -con la asistencia y participación de las personas cuya nómina aparece al final del texto.

En los 3 meses siguientes la Comisión se encargó de incorporar los aportes y uniformizar la redacción. Al documento resultante, aquí publicado, había que agregarle los anexos y, seguidamente, debía ser visto por la Dirección de Planificación y la Asesoría Legal del Ministerio de Salud, antes de ser elevado a la Alta Dirección.

El texto del Anteproyecto, que se presenta a continuación, es pues perfectible y no ha completado su trámite administrativo, lo que no le resta el mérito de ser depositario de la labor seria, minuciosa y documentada de muchas personas, a quienes reitero mi agradecimiento, que trabajaron largos meses desinteresadamente salvo en lo que concierne a su objetivo -solidario y unívoco- de aportar lo mejor de sí para, sin motivación subalterna, con su labor acendrada, ser partícipes en una obra común orientada a elevar la

calidad de vida de tantos seres humanos que se beneficiarán cuando los contenidos ideológicos y pragmáticos del Anteproyecto de Salud Mental en la Atención Primaria puedan hacerse realidad.

2. ASPECTOS CONCEPTUALES

La Salud Mental (SM) es un estado integrado de armonía de la persona con el medio ambiente y la realidad, en el cual logra la satisfacción de sus necesidades. Ella es parte del concepto de salud tal como la define el Anteproyecto del Código de Salud (MINSA, 1992), esto es, la salud de la persona humana es el estado de bienestar consecuente al equilibrio dinámico e integrado de lo biológico y lo psicológico con lo ecológico, por lo tanto no es sólo la ausencia de enfermedad. La SM es un factor esencial en el desarrollo y bienestar del individuo, la familia y los pueblos, en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte.

Según investigaciones realizadas, entre quince y veinte por ciento de la población mundial padece de alguna forma de trastorno mental en algún momento de su vida. Sin embargo, sólo una quinta parte de esta población es tratada por profesionales de la SM (U.S. National Institute of Mental Health, 1986).

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, un mínimo de 45 millones de personas sufren en el mundo de enfermedad mental severa y unos 260 millones presentan serios problemas que afectan su SM y la de su entorno, entre ellos el alcoholismo y otras formas de adicción a las demás drogas (WHO, 1991).

Ello lleva al concepto de salud

psicosocial que puede definirse como la capacidad manifiesta de la persona humana de identificarse como individuo dentro de una determinada sociedad y relacionarse libre, objetiva, participativa y armoniosamente con su medio, creando mayor bienestar para él y para los demás y adquiriendo por ello un sentido para su existencia. (MINSA, 1992).

Las necesidades en SM son de gran magnitud y crecerán considerablemente para el año 2,000, cuando se estima que 88.3 millones de personas sufrirán algún trastorno mental en América Latina y el Caribe.

La frecuencia de las diferentes categorías diagnósticas englobadas en las anteriores cifras no varía mucho en las diferentes regiones del mundo. Así, se estima que el 1% de la población padece de psicosis; la tasa de prevalencia de la depresión y ansiedad en la población adulta varía entre 12 y 15% (U.S. Department of Health and Human Services, 1991).

Las cifras y hechos planteados en los párrafos anteriores incluyen y expresan en parte la realidad epidemiológica en el Perú. Pero, además, hay indicadores tales como los serios problemas sociales, económicos, educativos y por último nuestra realidad geográfica, que devienen en el abandono de nuestras regiones más pauperizadas, las que permanecen sin participar de los beneficios de la modernidad. Es decir, amplios sectores de la población yacen en el olvido.

El abandono es particularmente grave en lo que respecta a la SM. Los psiquiatras se encuentran concentrados en Lima, son pocos los que ejercen en las capitales de departamentos, de tal manera que al-

gunas sedes regionales no cuentan con personal de SM preparado. Otro tanto sucede en las zonas urbano marginales de la capital donde la escasez de servicios de SM tiene la misma característica.

Tampoco se difunden las opciones psicosociales para problemas tales como: alcoholismo y otras formas de fármacodependencia, violencia, maltrato a la mujer y a los niños, etc.

Ha de tenerse presente que las causas que generan un trastorno en la SM de cualquiera de los miembros de una comunidad son múltiples y variadas, se dan incluso desde el mismo momento de la concepción y el nacimiento, y a lo largo del ciclo vital: infancia, niñez, adolescencia, adultez y ancianidad. Las circunstancias en que emerge un trastorno mental dependen de las interacciones o interrelaciones ecológicas entre Agente (muchas veces se encuentra inmerso en el huésped y el ambiente) Huésped (enfermo) y Ambiente, esto es lo ecológico (entorno físico, familiar, social, cultural, económico y educacional).

Por último, la atención primaria como estrategia, es parte de la política de salud y en lo que concierne a la SM, es el conjunto de acciones que se ponen al alcance del individuo, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades dentro del contexto del desarrollo del individuo y de la comunidad, contando con la participación de esta. Se debe enfatizar que la Atención Primaria (AP) incluye atención curativa (diagnósticos y tratamientos simples, refiriendo los casos complejos a un nivel superior), cuidado preventivo, medidas de educación básica, problemas psicosociales, higiene mental que debe estar a cargo de un equipo

interdisciplinario constituido por psiquiatras, médicos generales, psicólogos, obstetras, enfermeras, sanitarios, auxiliares de enfermería, asistentes sociales y promotores de salud y miembros de la comunidad.

El presente programa ha sido preparado tomando en cuenta las realidades y los planteamientos expuestos en el Seminario-Taller, considerando que actualmente la AP es la estrategia adoptada por la OMS y refrendada por los estados miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000, fundamentándose en que la SM en la AP es la mejor estrategia para lograr una cobertura que alcance a la mayoría en los países donde la escasez de recursos es notoria.

La AP de la salud es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y del país, para que los integrantes puedan enfrentar la realidad en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS, 1988).

3. CONSIDERACIONES HISTORICAS

En el Perú han habido adelantos en materia de AP y de SM comunitaria. Basta mencionar que en 1941, Juan Luis Mercado formó las «Brigadas de Culturización Indígena»; y en el año 1952, el Dr. Manuel María Núñez Butrón desarrolló en Puno el primer programa en lo que ahora llamamos Salud Comunitaria, con su trabajo de formación del RIJCHARYSMO (despertadores) que implicaba la formación de promotores indígenas de salud. Su doctrina

fue predictivas de lo que años después serían los planteamientos de la OMS.

También es significativa la obra de Carlos Alberto Seguin en cuanto a la apertura de un servicio de psiquiatría como parte de un hospital general. La apertura del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima en 1941, es mencionado y reconocido como la primera acción en Latinoamérica para desplazar el foco de la atención psiquiátrica del hospital mental hacia la comunidad. Asimismo, son importantes y significativos los trabajos y aportes experimentales de Humberto Rotondo y colaboradores en el Ministerio de Salud, en las décadas del 60 al 80, y de Renato Castro de la Mata, alrededor de 1970, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Conviene saber que muchas de las investigaciones en lo referente a SM han surgido a través del desarrollo de la psiquiatría y del paradigma de enfermedades mentales dentro de una concepción biomédica; frente a ellos se han originado diversos modelos de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. Dentro de estos modelos preventivo-promocionales están las experiencias de prevención primaria desarrolladas en el Hospital «Hermilio Valdizán», en las comunidades de Jicamarca y de Vitarte, así como la del Hospital Olavegoya de Jauja, donde se ha venido trabajando con modelos más amplios de proyección comunitaria en AP con participación de y en las comunidades.

4. SITUACION ACTUAL DE LA SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL

No existen datos epidemiológicos sobre SM a nivel nacional.

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), publicado en Julio de 1991, contiene datos sobre la situación actual de la SM a nivel nacional que han variado poco desde entonces.

Como puede apreciarse en el PNSM los niveles de salud en general y el de SM en particular son sumamente bajos. Lo cual, según los estudios de la OPS (Levav y col.) habrá de agravarse con el pasar del tiempo.

Es sorprendente la validez que tienen hoy las consideraciones generales de la situación de la SM en el Perú, hechas por René González U. en 1981, hecho que confirma lo poco que se ha hecho desde entonces hasta la fecha.

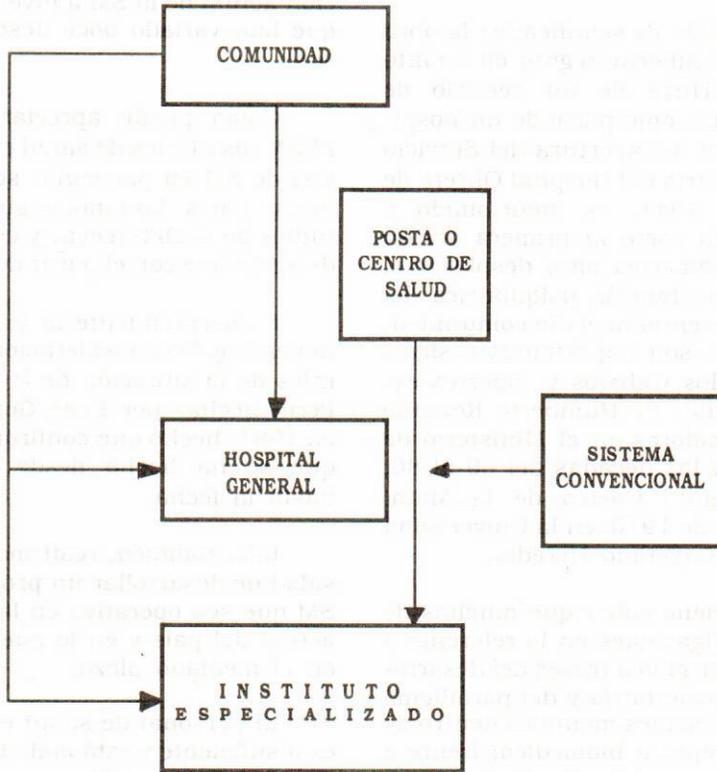
Ello, también, reafirma la necesidad de desarrollar un programa de SM que sea operativo en la realidad actual del país y en lo que se prevé en el mediano plazo.

El personal de salud en el Perú es insuficiente y está mal distribuido (The Development Group, 1991). Asimismo, el número de especialistas en SM no es suficiente actualmente y la dificultad será mayor en el futuro próximo, para dar atención a todos aquellos que lo necesitan. La alternativa es que los profesionales y no profesionales que trabajan en salud en general, sean capacitados para que brinden atención de nivel primario de salud integral lo que incluye SM. Además, la atención en SM sigue el inadecuado flujo que se presenta en el adjunto flujograma No. 1

5. PERTINENCIA DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA

El Programa es pertinente pues-

**FLUJOGRAMA No. 1
ATENCIÓN ACTUAL EN SALUD MENTAL**



COMUNIDAD : Vienen solos, con familiares, vecinos, policías, amigos, etc., el paciente viene a buscar ayuda pero la acción preventiva no va hacia la comunidad.

POSTA O CENTRO DE SALUD : Consulta ambulatoria.

HOSPITAL GENERAL : Emergencia
Consulta
Hospitalización (rara vez)

INSTITUTO ESPECIALIZADO : Emergencia
Consulta Externa
Hospitalización (rara vez)

SISTEMA CONVENCIONAL : Medicina Tradicional (brujos, curanderos, etc.), Acupuntura, Mahikari, Yoga, etc. ONGs. en FÁRMACODEPENDENCIA.

to que "las acciones de SM en las condiciones de nuestra Región, por lo general adversas, son esenciales. Los estudios efectuados en situaciones de estrés muestran claramente que cuando la SM es preservada merced a acciones diversas (refuerzo de la red social de apoyo, fortalecimiento del liderazgo, adquisición de habilidades) el enfrentamiento con las situaciones que han generado el estrés se hace con mayores posibilidades de éxito". En otras palabras, sólo si se ayuda a preservar y recuperar la SM de nuestras poblaciones postergadas éstas podrán intentar el cambio que necesitan para preservar y recuperar su salud en general, y para proseguir siendo los actores del desarrollo social.

La atención primaria (AP) como estrategia comprende y afecta a todo el sistema de salud y a toda la población que supuestamente sirve el sistema. Esta concepción debe cumplir con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, articulación intersectorial y cooperación entre países. Reconoce en esencia, que alcanzar «salud para todos» constituye una estrategia porque se propone resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector.

«La observación empírica sustenta la hipótesis de que los problemas de salud de menor complejidad tienen una mayor frecuencia relativa que los problemas complejos. De ahí surge la posibilidad de satisfacer los problemas de salud de una población organizando niveles de atención. La atención primaria como estrategia implica la organización de servicios con base en niveles de atención y no puede, por lo tanto, restringirse a un solo nivel. Estos niveles de atención diferentes se

disponen en una red de oferta previamente establecida, cuya estructura y función se desea adaptar para obtener un proceso de cambio.» (González, R. y Levav, I.).

La inclusión de un componente de SM en la AP, se justifica porque permite integrar los aspectos de la SM a las acciones de salud que vienen cumpliéndose en la comunidad y otras instituciones.

Si bien al presente programa se lo titula de atención primaria, los alcances programáticos rebasan la aparente limitación del título ya que todas las acciones de salud tienen, en última instancia, una función de prevención: se previene la aparición de las enfermedades, se atenúa o controla el efecto de las mismas o se impide la aparición de sus secuelas. Esto ha venido a sistematizarse en los llamados niveles de prevención sobre los cuales existe un consenso casi universal.

En nuestro país existen 4 niveles de Atención de Salud, de acuerdo a la RM 0232-84 SA/DVM (MINSa), en vigencia:

«El Primer Nivel de atención conformado por el Hogar-Comunidad en donde se desarrollan las acciones de la AP, el Puesto Sanitario y el Centro de Salud; el Segundo Nivel, conformado por el Hospital local; el Tercer Nivel, conformado por el Hospital Regional; y el Cuarto Nivel conformado por los Hospitales e Institutos especializados».

La prevención primaria implica la disminución del índice de incidencia, es decir, la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población, durante un cierto período, contrarrestando los factores de riesgo antes de la aparición

de trastornos mentales. Cada persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo; estos aportes se clasifican en:

Aportes Ecológicos y Físicos, que incluyen alimentación, vivienda, estimulación sensorial, oportunidades de ejercicios, etc; constituyen factores necesarios para el crecimiento y desarrollo corporales, para el mantenimiento de la salud y la protección ante el daño físico, antes y después del nacimiento.

Aportes Psicológicos, que incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de la persona, por medio de la interacción familiar, escolar, laboral, etc; que comprenden las satisfacciones de las necesidades interpersonales entre las que destacan tres áreas: las necesidades de amor y afecto; las de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad); y las de participación en actividades colectivas.

Aportes Socioculturales, que agrupan las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura, la tradición y la estructura social. Lo que otros esperan de la conducta de una persona influye profundamente sobre sus acciones y sobre sus sentimientos acerca de sí mismo.

La prevención primaria, en el caso de las enfermedades mentales, se ve obstaculizada por el desconocimiento, en la mayoría de los casos, de los agentes causales específicos. Como alternativa, se han diseñado estrategias orientadas al afronte de los factores de riesgo, algunos influíbles por medio de acciones de salud y/u otros sectores. Entre las

medidas de prevención primaria atinentes al sector salud están las relacionadas con los cuidados a la madre y el niño, los programas de educación para la salud, y el trabajo con los padres. Involucra la participación de enfermeras y otros trabajadores de salud y la cooperación del sistema educativo. El control de otros factores de riesgo más amplios, tales como la pobreza, la migración y la urbanización, entre otros, es del dominio más amplio de las políticas sociales, que engloba a otros sectores.

La prevención secundaria tiene como objetivo la disminución del índice de prevalencia (número de casos existentes en la comunidad en un momento dado), mediante la reducción del tiempo de enfermedad, una vez que ésta se ha presentado.

En materia de SM, es claro que existe una relación inversamente proporcional entre el tiempo de evolución de un trastorno y el esfuerzo terapéutico que exige su recuperación. De ello se desprende que el establecimiento de un diagnóstico precoz y la inmediata puesta en marcha de un programa terapéutico eficaz revisten especial importancia.

La prevención secundaria generalmente supone la utilización de equipos profesionales de salud en los servicios de atención primaria o en los especializados de SM encargados de atender las necesidades de la población.

La prevención terciaria comprende el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas y la incapacidad. Se centra en la rehabilitación psicosocial y procura reducir,

en la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales.

La prevención terciaria requiere la utilización de equipos profesionales de asistencia pero, dada su naturaleza, se hace necesaria la interacción y cooperación con los servicios sociales y las organizaciones comunitarias. De esta manera se evitan las hospitalizaciones prolongadas y se promueven las facilidades para la rehabilitación y el restablecimiento de la salud.

La rehabilitación psicosocial consiste, esencialmente, en el conjunto de esfuerzos y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo a fin de ayudarlo a superar o disminuir desventajas o discapacidades en los principales aspectos de su vida diaria. El más importante objetivo de la rehabilitación consiste en el reaprendizaje de las actividades de la vida cotidiana, la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, la participación en actividades laborales significativas y en la vida sociocultural del medio natural. La conservación ecológica, como preservación de un ambiente sano y adecuado para la vida y la rehabilitación psicosocial son, al igual que el tratamiento, una parte de la asistencia y deben darse al mismo tiempo, aun cuando en un nivel de intensidad diferente.

Conviene insistir en los aspectos sistémicos de los programas de rehabilitación ya que dichos programas no conciernen exclusivamente a un profesional, grupo de profesionales o a un servicio. La rehabilitación requiere la participación activa de todos los proveedores de servicios, la familia, el paciente y la comunidad.

De singular importancia es el compromiso y participación activa y coordinada de los equipos de tratamiento y rehabilitación y de las organizaciones comunitarias, en cooperación total con el paciente, su familia y su ambiente.

6. OBJETIVOS

Una adecuada política de SM debe tener los siguientes objetivos:

6.1. Generales

6.1.1. Promover la SM y prevenir los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales.

6.1.2. Incorporar el concepto de SM en los lineamientos de salud integral (SI) y desarrollo humano con el debido sustento legal que lo garantice.

6.1.3. Proporcionar atención oportuna y adecuada a todos los individuos cuyo equilibrio ecobiopsicosocial comprometido así lo requiriese.

6.2. Específicos

6.2.1. Capacitar un número suficiente del personal de salud en las habilidades básicas de la psiquiatría y la SM.

6.2.2. Adecuar la organización de los servicios de salud, en general, y la de SM y psiquiatría, en particular, para que, coordinadamente, brinden la atención que este programa específica.

6.2.3. Lograr la habilitación, como mínimo, del 10% del total de camas hospitalarias generales para los problemas psiquiá-

tricos y de SM.

6.2.4. Educar, sensibilizar y orientar a la comunidad hacia la apreciación de los problemas de SM, capacitarla en su solución y promover su participación activa en la priorización de sus necesidades y ejecución de las actividades pertinentes, difundiendo los contenidos de SM con una estrategia de marketing social que use intensa e inteligentemente los medios masivos de comunicación.

6.2.5. Realizar las coordinaciones intersectoriales necesarias y establecer los convenios adecuados, nacionales e internacionales, para el logro de los objetivos generales y específicos planteados.

7. PLAN DE ACCION Y ESTRATEGIAS

7.1. De la organización

7.1.1. Nivel Central

Estructura.- El PNSMAP pertenece al PNSM, que se encuentra dentro de la Dirección General de Programas de Salud Integral de la Dirección de Salud de las Personas del Ministerio de Salud siendo el cumplimiento de tales funciones responsabilidad del Director del Programa Nacional de Salud Mental.

Funciones:

1. Dirigir el Programa.
2. Convocar y presidir un Comité Asesor conformado por un equipo intersectorial y multidisciplinario para garantizar la inte-

gridad de la acciones de SM.

3. Articular la comunicación entre el Nivel Central, Regional y Subregional para garantizar una programación relacionada a todo el ámbito, y establecer una red de servicios funcional, eficiente y eficaz.
4. Recibir dos informes trimestrales, Regionales o Subregionales y consolidarlos. Anualmente, llevar el consolidado a la Dirección Técnica de Salud de las Personas, a la Oficina de Planificación, a la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa y a la Alta Dirección.
5. Coordinar y apoyar los proyectos de investigación epidemiológica, y centralizar la información, consolidarla, y transmitirla a los organismos sectoriales pertinentes para difundirla con criterio de promoción de la SM y preventivo del desmedro de la misma.
6. Coordinar acciones con Universidades, Institutos Superiores y la Escuela Nacional de Salud Pública para la formación de recursos humanos para las actividades de SM.
7. Establecer los lineamientos generales para el diseño y planificación de programas de difusión y sensibilización del individuo, la familia y la comunidad, sobre temas relacionados a la promoción de SM, en coordinación con las estructuras públicas y privadas competentes.
8. Asesorar, supervisar y evaluar las actividades del Programa.

9. Convocar anualmente a los coordinadores Regionales de SM para evaluar, programar y coordinar la aplicación de las normas y acciones que permitan promover la SM y prevenir su deterioro.
10. Coordinar la gestión de recursos humanos, físicos y financieros para la realización de las actividades programadas.

7.1.2. Nivel de Dirección Regional y/o Subregional:

Estructura.- El PNSMAP se encuentra dentro de la estructura de Programas de Salud Integral de la Dirección de Normas Técnicas de la Dirección Regional o Subregional del Programa, según proceda.

El cumplimiento de las funciones del nivel es de responsabilidad del coordinador Regional o Subregional del Programa, quien será designado con dedicación exclusiva, por la Dirección Regional y Subregional, a través de una Resolución Directoral.

Funciones:

1. Dirigir el programa regional o subregional, de salud mental de acuerdo a las normas técnicas administrativas establecidas.
2. Convocar y presidir el Consejo Regional o Subregional, de SM previsto en el Plan Nacional de SM garantizando su composición multisectorial, considerándolo como comité asesor.
3. Conformar y coordinar el equipo técnico de Salud Mental que será integrado por un Médico Psiquiatra, (en su falta, un

médico general), psicólogo, enfermera, asistente social y personal auxiliar, todos ellos con capacitación en Salud Mental.

4. Recibir el informe mensual del nivel operativo y transmitir al nivel central el informe consolidado cada tres meses.
5. Promover y apoyar proyectos locales de Investigación Epidemiológica en Salud Mental.
6. Coordinar acciones con entidades formadoras de recursos humanos, para la capacitación de los equipos subregionales de Salud Mental.
7. Establecer con universidades y demás entidades formadoras de recursos humanos, Convenios Docente-Asistenciales orientados a la promoción de la Salud Mental en el individuo, familia y comunidad.
8. Definir e implementar el plan de capacitación en SM, de los trabajadores profesionales y no profesionales del Primer Nivel de Atención.
9. Supervisar, asesorar y evaluar las actividades del Programa.
10. Programar las actividades de atención en Salud Mental, de acuerdo a las normas establecidas.
11. Gestionar recursos humanos, físicos y financieros para la realización de las actividades programadas.
12. Integrar el Comité Asesor Nacional.
13. Coordinar con todos los secto-

res sociales, públicos y privados, acciones preventivo-promocionales, con la finalidad de promover y consolidar los factores protectores de la SM y disminuir los factores de riesgo.

7.1.3. Los niveles superiores tendrán las siguientes responsabilidades:

1. Contestar las interconsultas, resolver el caso, y devolver al paciente a su centro primario con un resumen de la historia clínica para su manejo futuro.
2. Supervisar a los trabajadores de AP del sector que le corresponde, revisando con ellos los casos que manejan, con una frecuencia quincenal.
3. Realizar cursos de educación continua en SM para los TAP, con una frecuencia anual.
4. Según el rendimiento e interés mostrado en estos cursos, escoger un coordinador de salud mental para cada Centro ó Posta bajo su supervisión. El coordinador será el nexo entre el nivel primario y superior.
5. Programar, anualmente con los coordinadores bajo su cargo, las metas de atención, los cursos a realizar, y la difusión al público general que conviene hacer, según las necesidades particulares de su jurisdicción.
6. Evaluar el rendimiento del año anterior, tomando en cuenta las metas propuestas y los logros. Para este propósito se establecerá una metodología de registro de todos los pacientes atendidos, así como de los cursos y de otros eventos realizados.

7.2. Nivel Operativo

7.2.1. Acciones de Infraestructura.

Se habilitará la disponibilidad para SM de hasta el 10% de las camas en todos los Hospitales Generales y Centros de Salud del país.

7.2.1.1. Estructura.

La atención en SM, estará a cargo del personal de todos los establecimientos de Salud del Nivel Operativo: Hospitales, Centros y Puestos de Salud, e incorporará la población como sujetos activos de programación por lo que se asignarán los recursos indispensables necesarios para su atención en el establecimiento.

El cumplimiento de las funciones del respectivo nivel en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud es responsabilidad del Director o Jefe del Establecimiento, quien delegará funciones a un coordinador, de acuerdo a las características del personal de salud con que cuenta y la complejidad del establecimiento de Salud.

7.2.1.2. Funciones:

1. Atender la población de acuerdo a las normas establecidas.
2. Constituir en el establecimiento un equipo multidisciplinario para la planificación y ejecución del Programa.
3. Analizar la situación de la SM de la población con participación de la comunidad.
4. Convocar a todos los sectores

sociales, públicos y privados, para elaborar un plan de trabajo conjunto, con la finalidad de aportar, desde los diferentes sectores, al bienestar integral de la población.

5. Programar y ejecutar las acciones de SM.

6. Registrar e informar mensualmente al Nivel Regional o Subregional, según proceda, de las actividades desarrolladas por el Programa.

7. Establecer e implantar el Plan de Sensibilización y Capacitación permanente en SM para el personal de salud de los establecimientos y los agentes comunitarios (promotores, profesores, líderes comunales, grupos juveniles, etc.).

8. Identificar grupos de riesgo e implementar acciones preventivas así como otras promocionales que incrementen los factores protectores de la SM.

7.2.2. Los Consejos de Salud Mental

7.2.2.1. En cada Región se formará un Consejo Regional de SM, debiendo existir, al menos, un Coordinador Regional. Sin embargo, quedan delimitadas las funciones que corresponden al Consejo Regional de las funciones que competen al coordinador que son más que todo ejecutivas y operativas, el cual establecerá, a su vez, una Red de Coordinadores Subregionales y Locales Operativos, articulados en la Red Nacional de Salud Psicosocial.

7.2.2.2. Los Consejos Regionales de SM propuestos en el Plan

Nacional de SM pueden ser los promotores, coordinadores y gestionarios de las estrategias y acciones contenidas en el presente programa, en coordinación con los organismos de la comunidad, algunos de los cuales pueden formar parte del Consejo.

7.3. Acciones para ejecución y flujo de servicios según niveles de atención.

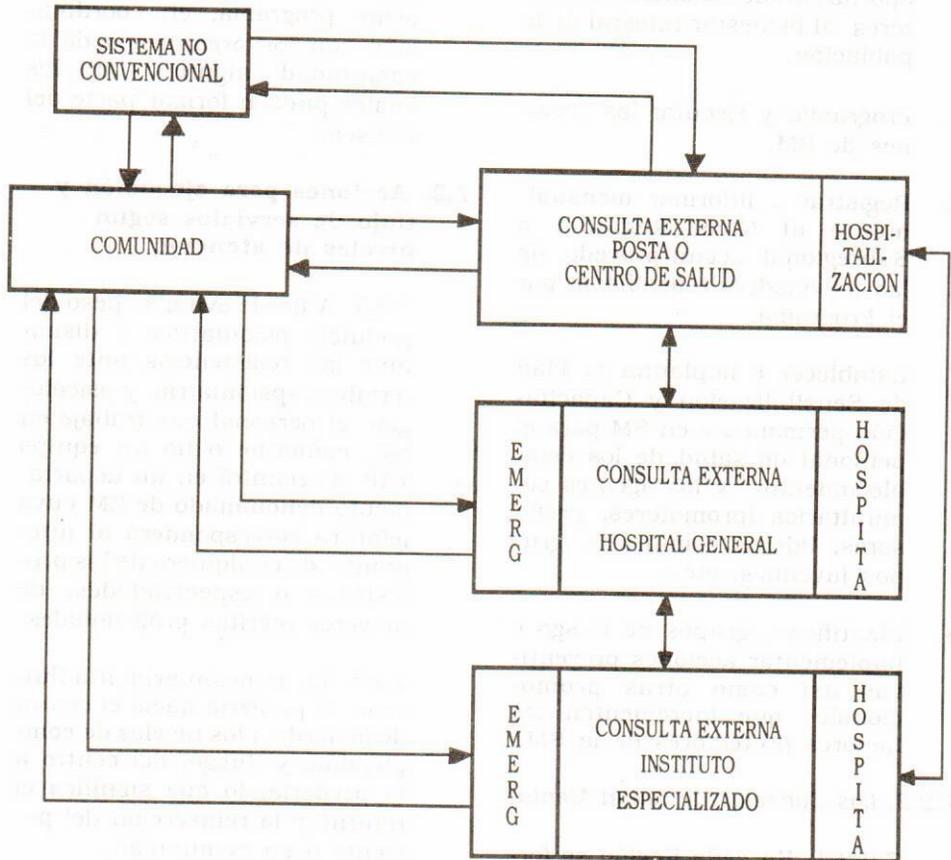
7.3.1. A fin de evitar el peso del prejuicio psiquiátrico y disminuir las resistencias ante los términos «psiquiatría y psicología», el personal que trabaje en SM, conforme o no un equipo TAP, se reunirá en un departamento denominado de SM cuya jefatura corresponderá al integrante, de cualquiera de las profesiones o especialidades, de mayores méritos profesionales.

7.3.2. La atención primaria fluirá de la periferia hacia el centro de acuerdo a los niveles de complejidad; y, luego, del centro a la periferia, lo que significa el retorno y la reinserción del paciente a su comunidad.

7.3.3. La sensibilización y capacitación en salud mental en atención primaria así como la asesoría, tratamiento y prevención terciaria fluirán del centro hacia la periferia y abarcarán la atención especializada en las tres instituciones de cuarto nivel especializadas en psiquiatría que tiene el país, como la que se presta en los Hospitales Generales y Centros de Salud.

7.3.4. Se viabilizarán mecanismos de supervisión, control y asesoría permanentes desde el

FLUJOGRAMA NO. 2 DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL



- COMUNIDAD** : Organización, Sector Educación, Municipalidad, Iglesias, otros.
- POSTA O CENTRO DE SALUD** : Consulta ambulatoria
Hospitalización de pocos días cso existe en el Centro de Salud.
- HOSPITAL GENERAL** : Emergencia
Consulta Externa
Hospitalización
- INSTITUTO ESPECIALIZADO** : Emergencia
Consulta Externa
Hospitalización

nivel central hacia el nivel periférico y, viceversa, un mecanismo de transferencia de pacientes desde el nivel primario hacia arriba, con canales de retroalimentación funcionales y dinámicos. Los pacientes habrán de ser retornados con su hoja de interconsulta contestada para su seguimiento en la comunidad que constituye su habitat.

7.3.5. Las funciones de los trabajadores en atención primaria, que se deriven del PNSMAP, se presentan en el rubro 7.4. del presente documento, las que deberán señalarse detalladamente en un Manual de Organización y Funciones, elaborado por un equipo multidisciplinario.

7.3.6. Las Acciones Domiciliares estarán a cargo básicamente de la asistente social con apoyo de la auxiliar de enfermería, de los promotores de salud y otros miembros idóneos y capacitados de la comunidad. Las actividades que se desarrollarán, serán:

- Conocimiento del entorno físico y características del grupo que habita la vivienda, sus relaciones internas y con sus vecinos, y el entorno social.
- Identificación de factores de riesgo y de factores protectores.
- Detección de problemas emocionales, psicosociales y de otra índole.
- Orientación y apoyo en los mecanismos de detección, diagnóstico, transferencia y seguimiento del paciente.

- Seguimiento de planes caseros y/o cumplimiento de la medicación u otras indicaciones terapéuticas.

- Promoción del control en el organismo de Salud.

- Reubicación del paciente psiquiátrico crónico ó posterior a una crisis.

- Apoyo al paciente con enfermedad crónica, invalidante o terminal (cáncer por ejemplo) y a su familia.

En circunstancias específicas, el médico o psicólogo, la enfermera u otro miembro del equipo de SM puede llevar a cabo el manejo intradomiciliario de un paciente o grupo familiar.

Deben contemplarse las actividades que se llevan a cabo en escuelas, hogares de bienestar, centros parroquiales y vecinales, centros de acogida y zonas de evacuación (en caso de siniestro), entre otras.

7.3.7. Atención ambulatoria.- En todo establecimiento del sector, desde el nivel primario (llámese posta, centro de salud, etc.) se realizarán acciones en salud ecobiopsicosocial. Esta atención será ambulatoria, y sólo si fuera necesario, el paciente será transferido al nivel superior. Estarán a cargo del personal profesional o, si lo hubiere, del equipo de salud mental del establecimiento. Las actividades estarán encaminadas a:

- Identificación de riesgos de problemas emocionales o psicopatología específica en usuarios de cualquier programa.

- Manejo y seguimiento de sujetos o grupos en riesgo o con problemas emocionales o psicopatología específica.

- Transferencias a otros organismos, según necesidades.

- Orientación, consejería y apoyo a grupos y/o familias.

- Recepción y seguimiento de las transferencias y referencias de y a niveles superiores o inferiores.

7.3.8. Las transferencias desde el nivel primario al secundario (Hospital General) y terciario y de cuarto nivel (Hospital e Instituto especializados en psiquiatría) serán hechas usando la hoja de interconsulta de la manera acostumbrada. Para ello, se seguirá la regionalización y subregionalización del país ya dispuesta por el MINSA.

Se indica la transferencia cuando la complejidad del caso rebasa la capacidad de acción del nivel respectivo.

La capacitación habrá de permitir la conformación de equipos de Atención Primaria que efectuarán consultas en las dependencias, y asesorías e interconsultas en los establecimientos que lo soliciten, incluyendo los hogares de ancianos, las escuelas y las cárceles. De esta manera los equipos realizarán un trabajo de filtro de todos los pacientes detectados por los trabajadores de Atención Primaria y referidos por éstos al servicio psiquiátrico. No todos los pacientes referidos justifican la atención psiquiátrica especializada aunque presenten alguna

patología psíquica. Algunos de ellos pueden ser tratados por el médico de atención primaria luego de la consulta ó asesoría del psiquiatra o del psicólogo del equipo. Tal es el caso del paciente con sintomatología leve ó, quién, presentando trastornos psicológicos como su principal queja, tiene una actitud más favorable hacia el médico de base y no desea la intervención del psiquiatra.

7.3.9. Fomentar el desarrollo de nuevos modelos de intervención desde los nuevos servicios, enlazando así con la segunda fase del proceso mediante la estimulación de enlaces entre los servicios comunitarios y el hospital general y el fomento de un programa racional de investigaciones. En el Perú se tiene la ventaja que sólo hay tres hospitales psiquiátricos y dos servicios para pacientes crónicos; por ello, no ha ya lugar a cambiar la estructura que no existe en muchas regiones debiendo más bien, el cambio, ser del paradigma biomédico del personal médico y paramédico y de la comunidad en general, hacia el paradigma ecobiopsicosocial, venciendo las resistencias existentes.

7.3.10. Distribución de medicamentos esenciales, según niveles de complejidad.

7.4. Del equipo de trabajadores de atención primaria (TAP)

El personal que se considera como integrante del equipo de TAP para los efectos del presente Programa, incluye:

- médicos generales y especialistas (en psiquiatría y otras especialidades),
- psicólogos,
- odontólogos,
- farmacéuticos,
- obstétricas,
- enfermeras técnicas en salud,
- sanitarios,
- auxiliares de enfermería,
- asistentes sociales,
- comunicadores sociales.

Presentados en un orden que no implique jerarquía, que laboren en Postas Médicas, Centros de Salud y Hospitales Generales y especializados así como en la comunidad y habrán de recibir, cuando menos, la mínima capacitación en SM y Atención Primaria.

También han de considerarse como parte del equipo TAP, en la medida que hayan recibido la capacitación mínima indispensable, los maestros, los sociólogos, los antropólogos y otros profesionales cuya labor tiene que hacer con el ser humano y la comunidad, así como trabajadores no profesionales, éstos es, los promotores de salud de la comunidad y los agentes tradicionales tales como los curanderos, shamanes y otros.

7.4.1. Actividades del médico:

7.4.1.1. Realizar el diagnóstico médico.

7.4.1.2. Reconocer las perspectivas del paciente.

7.4.1.3. Ofrecer tratamiento al paciente.

7.4.1.4. Supervisar el seguimiento a pacientes.

7.4.1.5. Realizar la referencia de pacientes a Centros Especializados.

7.4.1.6. Participar en la Capacitación, Asesoría y Supervisión

del personal a su cargo y del personal de los servicios periféricos que dependen de él.

7.4.1.7. Participar en la Programación y Evaluación de actividades de SM con el personal del centro de salud coordinando con los niveles superiores de salud a donde él refiere pacientes. En la medida de lo posible, hace un diagnóstico situacional como base de la programación.

7.4.1.8. Coordinar la Planificación de las actividades de prevención y programación en su centro.

7.4.1.9. Establecer relaciones de coordinación intra y extrainsitucional.

7.4.2. Actividades del Psicólogo:

7.4.2.1. Capacitar, Asesorar y Supervisar en SM a los trabajadores de todos niveles que dependen de él.

7.4.2.2. Coordinar con los otros TAP para el diagnóstico situacional en la comunidad como bases de la planificación y programación.

7.4.2.3. Programar y evaluar con los otros TAP las actividades de SM adecuando los programas específicos en sus aspectos psicológicos a nivel local, regional o nacional.

7.4.2.4. Coordinar y planificar con los otros TAP las actividades de AP en SM de acuerdo a la concepción eco-bio-psico-social promoviendo la imprescindible participación activa de la comunidad.

7.4.2.5. Establecer una coordinación intra y extra institucional, e intersectorial.

7.4.2.6. Realizar la evaluación y diagnóstico psicológico así como el tratamiento, habilitación y rehabilitación del paciente con

sintomatología de su competencia profesional.

7.4.2.7. Realizar la detección, diagnóstico y evaluación psicológica de los problemas psicosociales especialmente de los grupos en riesgo.

7.4.2.8. Referir casos al médico y/o psiquiatra si éstos lo requieren.

7.4.2.9. Realizar la transferencia de pacientes con sintomatología psiquiátrica y neuropsiquiátrica a centros especializados.

7.4.2.10. Participar con los otros TAP de la atención y educación preventiva en SM.

7.4.2.11. Realizar consejería psicológica y aplicar técnicas psicológicas breves a nivel individual.

7.4.2.12. Participar en el seguimiento de las personas que reciben atención especializada, mediante visitas domiciliarias.

7.4.2.13. Divulgar información sobre la prestación de servicios de SM.

7.4.2.14. Utilizar los medios de comunicación a su alcance para brindar programas preventivos en SM y salud psicosocial.

7.4.2.15. Proponer y diseñar la investigación-acción en salud psicosocial con el equipo de salud en AP en y con la comunidad.

7.4.2.16. Diseñar y programar técnicas de intervención con la comunidad que lleven a un diagnóstico real del estado de SM, así como las técnicas que permitan llevar al grupo a la solución de sus propios problemas.

7.4.3. Actividades de la enfermera:

7.4.3.1. Efectuar el diagnóstico de enfermería.

7.4.3.2. Realizar el seguimiento a personas que reciban atención psiquiátrica, mediante visitas domiciliarias o consulta ambulatoria.

7.4.3.3. Referir al médico el caso si lo requiere.

7.4.3.4. Atender la Consulta de Consejería de SM, a las personas con crisis emocionales y situacionales; realiza una aproximación diagnóstica de acuerdo a la capacitación que ha recibido.

7.4.3.5. Capacitar, Supervisar y Asesorar al personal de salud a su cargo y a la comunidad.

7.4.3.6. Participar en la Programación, Planificación y Evaluación de las actividades.

7.4.3.7. Llevar el registro de casos y actividades y mantenerlo actualizado.

7.4.3.8. Elevar un Informe trimestral sobre los casos atendidos y actividades realizadas.

7.4.3.9. Detectar grupos de riesgo y casos específicos.

7.4.3.10. Estudiar y presentar las necesidades de AP en SM.

7.4.3.11. En ausencia del médico, efectuar tratamiento farmacológico en emergencias con cargo de dar cuenta a aquel a la brevedad posible.

7.4.4. Actividades del técnico en enfermería, auxiliar de enfermería y sanitario:

7.4.4.1. En centros donde no hay médicos ni enfermera se propone que todas las funciones de ellos serán asumidos por el personal de mayor jerarquía, de acuerdo a su capacitación.

7.4.4.2. Asumidas las funciones de conducción en el establecimiento, divulga información sobre la prestación de servicios de SM.

7.4.4.3. Ejecuta o participa en las acciones de promoción y prevención en salud psicosocial.

7.4.4.4. Participarán y/o ejecutarán las acciones de promoción de SM. Realizarán trabajos con grupos y visitas domiciliarias.

7.4.4.5. Elabora registros de información para el sistema de vigilancia y alarma, local y subregional en salud, siendo responsables de su articularción en el sistema regional.

7.4.5. Actividades de la Asistente Social:

7.4.5.1. Investigación Social.- Para identificar e interpretar las necesidades sociales interrelacionándolas para la formulación de diagnóstico situacional con participación de la comunidad, investigando las características de la morbilidad social que condiciona el bajo nivel de salud o interfiere en el escaso aprovechamiento de los servicios de salud.

7.4.5.2. Educación Social.- Desarrolla acciones orientadas a crear comportamientos y condiciones que contribuyan a la promoción y conservación de la SM individual y colectiva. De modo específico, trata los factores sociales que limitan o impiden a las personas, grupos y/o comunidades solucionar una serie de situaciones problema.

7.4.5.3 Administración Social.- El trabajador social desarrollará acciones de planificación, programación, organización, evaluación, supervisión y control para el cumplimiento de normas y objetivos institucionales.

7.4.5.4 Capacitación-Docencia.- Diseñar, organizar y ejecutar eventos que responden a las necesidades de capacitación y educación continua en aspectos de la especialidad, dirigidos al personal profesional, estudiantes de trabajo social y comunidad.

7.4.5.5 Rol del Trabajador Social:

1º Como Educador y Promotor Social, promueve un proceso de reflexión y capacitación a los miembros de la comunidad, desarrollando capacidades que posibiliten la superación de necesidades o problemas individuales y/o colectivos.

Actividades:

- Capacitar a los líderes y promotores de salud de la comunidad en SM.
- Planificar el seguimiento y monitoreo de los promotores de salud.

2º Como Terapeuta Social, estudiar, diagnosticar, brindar tratamiento social a los problemas y limitaciones de carácter social a través del uso de técnicas e instrumentos específicos de la disciplina. Coadyuva así al fortalecimiento de la familia como la unidad básica de las diversas acciones de asistencia y promoción de desarrollo.

Actividades:

- Realizar el estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos sociales.
- Realizar la visita domiciliaria a los pacientes que lo requieran

a fin de conocer su entorno familiar y social para el diagnóstico y tratamiento social.

- Brindar atención social a la familia.

3º Como dinamizador de las organizaciones, desarrollar acciones de motivación y asesoría a grupos poblacionales de los sectores urbano, urbanos marginales y rurales, para promover su conciencia crítica y capacidad creativa; y para que en forma coordinada y planificada participen en acciones de promoción social y de salud.

Actividades:

- Realizar el diagnóstico situacional del paciente, grupo y la comunidad.

- Brindar atención social al paciente, grupo y comunidad.

- Coordinar con los grupos organizados de la comunidad.

- Priorizar, conjuntamente con la comunidad, la atención de la problemática psicosocial y ecológica.

- Brindar consejería individual y/o grupal.

- Brindar asesoría y consultoría a las organizaciones de base en el campo de la SM.

4º Como racionalizador de recursos y movilizador: Comprende acciones de coordinación, canalización y optimización de los recursos existentes institucionales, humanos y materiales; así como la motivación para la creación planificada de los re-

ursos necesarios de la comunidad.

Actividades:

- Movilizar y canalizar recursos para la atención de la problemática de SM.

- Planificar y programar las actividades de SM en base a las necesidades priorizadas, conjuntamente con la comunidad.

- Administrar servicios y promocionar la atención integral de la salud.

- Dinamizar el equipo multidisciplinario.

7.4.6. Actividades de Promotores de Salud:

7.4.6.1. Ejecutar o participar en las acciones de promoción y prevención en salud psicosocial previa capacitación.

7.4.6.2. Realizar trabajos con grupos y visitas domiciliarias.

7.4.6.3. Ser elemento clave en la generación de información para el sistema de vigilancia y alarma local.

7.4.6.4. Aunque la comunidad no constituye parte formal del equipo TAP, particularmente la organizada, y la que haya sido sensibilizada y capacitada según se indica en el siguiente título - es considerada como integrante fundamental del equipo al cual, con el programa en marcha, prestará apoyo y colaboración. En este contexto cobran significado los Programas Flor surgidos espontáneamente de la comunidad (Usualmente se habla de programa piloto que sería rector de un rubro).

7.5. Acciones de sensibilización, capacitación, educación y comunicación social

7.5.1. Sensibilizar al sector y a la comunidad hacia los problemas de SM y las ventajas de la salud ecobiopsicosocial, desvirtuando los prejuicios psiquiátricos y desestigmatizando los problemas de SM.

Entrenar el mayor número posible de personal de salud, profesional y no profesional, de todas las categorías, en las tareas esenciales mínimas de SM apropiadas para su propio rol, considerándolos como trabajadores de atención primaria (TAP). La sensibilización y el entrenamiento a que se refieren los dos párrafos anteriores se harán siguiendo la estrategia y metodología de la educación permanente de la Escuela de Salud Pública cuyos principios incluyen:

- La integración de los equipos de trabajo en los establecimientos.
- La interpretación de la problemática de la salud y del desarrollo de servicios en el contexto local donde éstos se desarrollan.
- La construcción de un nuevo conocimiento a partir del que ya existe en la realidad, del propio trabajador de salud, en el ámbito local teniendo en cuenta la ecología.

7.5.2. Las estrategias metodológicas que contempla tienen las siguientes características:

- Promueven el aprendizaje en el trabajo.
- Son participativas y con enfoque multidisciplinario.

- Basarse en las necesidades de los servicios

Utiliza técnicas de trabajo en grupos generativos, que solucionando problemas, contribuyen al enriquecimiento y comprensión de la esencia humana y crean vínculos de solidaridad. Asimismo, utiliza talleres participativos, entendidos como momentos de enseñanza-aprendizaje, de toma de decisiones y evaluación.

7.5.3. El entrenamiento del personal de salud en Subregiones se hará a través del Consejo Subregional de SM que coordinará las actividades a programarse, intentando abarcar todos los niveles que brindan atención, descentralizando, así, la atención de los servicios de salud en el país.

7.5.4. Lo anterior permite entrenar un número, cada vez mayor, de personal de salud de diferentes niveles profesionales en las habilidades básicas de la SM.

7.5.5. Para el entrenamiento del personal de salud general profesional se capacitará, además del personal de salud de los diferentes niveles y profesiones, al mayor número de personas con habilidades básicas para la salud psicosocial y ecológica.

7.5.6. Conviene dar alta prioridad a la orientación y cambio, dentro del contexto social, en la formación profesional de los estudiantes de todas las ramas mencionadas; entre otras acciones revisar y reformular las currículas de formación de las universidades, institutos y escuelas del país para profesiona-

les y técnicos de la salud, de modo tal que contengan los conocimientos esenciales de AP incluyendo los de SM.

7.5.7. En general, el contenido de los cursos tendrá tres vertientes fundamentales:

7.5.7.1. En relación con la persona que se capacita mostrando:

7.5.7.1.1. Las estrategias de llegada a las organizaciones e instituciones de la comunidad.

7.5.7.1.2. Formas de captar las necesidades prioritarias de la comunidad.

7.5.7.1.3. Cómo promover, a nivel de padres, la identificación y manejo de problemas de desarrollo psicológico del niño y adolescente, conductuales y de rendimiento.

7.5.7.1.4. Conveniencias y formas para la toma de contacto con los practicantes de la medicina tradicional con finalidades de identificación de necesidades locales y asesoría.

7.5.7.1.5. Detección de factores de riesgo en SM.

7.5.7.1.6. Adiestramiento en el manejo de instrumentos de evaluación que permitan la detección de los síndromes fundamentales en los desordenes de la SM.

Se realizarán cursos de educación continua y capacitación en SM para los Trabajadores de AP (TAP) con una frecuencia anual. Se ampliarán los programas de capacitación y educación continua promoviendo la conformación de equipos de SM en AP en entidades que lo soliciten (escuelas, organizaciones populares, centros laborales, hogares de ancianos, instituciones dedicadas a la infancia, etc). Se

debe considerar, además otras, estrategias.

7.5.7.2. En relación con el paciente se impartirá entrenamiento para:

7.5.7.2.1. El manejo de las emergencias psiquiátricas con técnicas de manejo de crisis y el uso parsimonioso de psicofármacos específicos.

7.5.7.2.2. Manejo de pacientes psiquiátricos crónicos.

7.5.7.2.3. Reconocimiento de problemas psicosociales, de conducta, psicósomáticos y de aprendizaje

7.5.7.2.4. Consejería en problemas psicosociales, violencia, abandono, desplazamientos, migraciones, neuróticos y situacionales de menor envergadura.

7.5.7.2.5. Consejería en problemas de alcohol y otras drogas.

7.5.7.3. A nivel de la comunidad se enfatizarán los aspectos y las actividades de promoción de la salud y las de prevención de las enfermedades, antes que las asistenciales.

Se impartirá adiestramiento para:

7.5.7.3.1. Facilitar que la comunidad identifique sus problemas de salud, los priorice, elabore un plan realista y lo lleve a cabo.

7.5.7.3.2. Toma de contacto con los líderes de la comunidad, organismos y colegios locales y los padres para identificación y manejo de problemas psicosociales, de conducta y de rendimiento.

7.5.7.3.3. Toma de contacto con las organizaciones municipales, con la CONABIS, las organiza-

ciones no gubernamentales (ONGs) y con otros organismos locales de base para identificación y manejo de problemas de SM y necesidades identificadas por ellos (ejemplo: Vaso de leche, Clubes de Madres, etc).

7.5.7.3.4. Cuando fuera pertinente, toma de contacto con los practicantes de la medicina tradicional con finalidades de identificación de necesidades locales y asesoría.

7.5.8. Entre las acciones para favorecer el desarrollo de los cambios anticipados figura, en primer término, un amplio programa de sensibilización y capacitación del personal asistencial administrativo de salud en todos sus niveles, de hospitales generales y servicios generales de salud, especialmente de quienes dispensan la AP, para generar cambios de actitud hacia la SM. No menos importante es el fomento de solidaridad hacia el paciente mental entre todos los proveedores de servicios de salud. Se realizarán seminarios-talleres en cada una de estas regiones y sectores, debiéndose especificar en cada uno de ellos:

- El porcentaje de trabajadores de cada grupo profesional que será sujeto de entrenamiento.
- Duración de los cursos.
- Contenido de los mismos que habrá de variarse de acuerdo al grupo profesional al cual va dirigido.
- Los manuales y otras ayudas audiovisuales que serán empleados.

7.5.9. Comprometer, con obligatoriedad a los medios masivos de comunicación para partici-

par en las acciones planteadas.

7.5.10. Acciones de la comunidad. Desarrollo óptimo de la SM de la población, en general, mediante las adecuadas medidas de fomento y prevención.

7.5.11. El plan de sensibilización y comunicación incluirá además acciones dirigidas hacia:

- El público en general.
- Los sectores de educación primaria, secundaria y otros.
- La realización de jornadas y encuentros grupales con la comunidad.
- Asistencia en campos específicos mediante la enseñanza de técnicas de solución de problemas.
- Discusiones en grupos, cinesforo y otras actividades de interés colectivo.

7.5.12. Fomento del desarrollo comunitario. Entre las actividades de este tipo se distingue una iniciativa dirigida a la mejora física del barrio mediante trabajos sencillos de saneamiento ambiental realizados por voluntarios con la ayuda de la dependencia gubernamental correspondiente. Otras actividades dignas de mención son la construcción de instalaciones recreacionales y la promoción de pequeños proyectos de autogestión bajo iniciativa de grupos comunitarios y con apoyo económico oficial.

7.5.13. Favorecer la aplicación de los conocimientos de SM en los servicios de salud integral y en el desarrollo social en conjunto.

7.5.14. Fomentar la colaboración intersectorial en la atención a los problemas de SM.

7.6. Acciones de coordinación intrasectorial con otros programas del MINSA

Deben incluirse componentes y contenidos de SM en los siguientes programas de salud:

7.6.1. Dirección de Programa de Salud de la Mujer y el Niño, Salud Materno-Infantil: introducción del componente SM en el programa mediante intervenciones psicosociales, capacitación y orientación de padres de familia, maestros y asistentes de centros de pre-escolares.

7.6.2. Salud Escolar y del Adolescente: orientación y capacitación de padres y maestros en problemas de aprendizaje, asistencia directa a alumnos con problemas; creación de centros juveniles; organización de grupos de educación sexual; orientación sobre problemas de aprendizaje y promoción de debates orientados a la prevención del alcoholismo y otras fármacodependencias.

7.6.3. Dirección de programas sociales: De la misma manera, y de acuerdo a las metas específicas de cada programa, se debe utilizar técnicas de SM para contribuir al cambio necesario en las actitudes respecto a la planificación familiar, a la mujer y su desarrollo, y de apoyo al adolescente y escolar, así como la creación de programas para la tercera edad.

7.6.4. Dirección de Programas de Enfermedades Transmisibles y SM: debe ayudar a identificar los factores ecobiopsicosociales que favorezcan la presencia de las enfermedades que estos programas combaten, y luego suge-

rir modos de superar tales factores.

7.6.5. Dirección de Programas Especiales. Lo dicho en «7.6.3.» se aplica, también, a los programas de este rubro.

8. ACCIONES DE REGISTRO, EVALUACION E INVESTIGACION

La programación de Actividades del PNSMAP se realizará en base a las Líneas de Acción Programática contempladas en el Plan Nacional de SM, con prioridad en :

- Salud Mental Madre-Niño.
- Salud Mental del Puber y Adolescente.
- Salud Mental del Adulto y de la Tercera Edad.
- Factores Psicosociales, Ecológicos y Salud.
- Capacitación e Investigación.

Es esencial la evaluación cuidadosa del programa; para ello, MINSA, en coordinación constante con las Regiones, Subregiones y Sectores fijarán metas específicas anuales y de largo plazo, debiendo rendirse un informe trimestral, semestral y anual; éste será elaborado por el Coordinador, antes de hacer la programación para el año siguiente. El recojo y procesamiento de esta información será responsabilidad de la Dirección del MINSA en última instancia, pasando por los diferentes niveles de supervisión del programa de cada área, tales como: Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales de Apoyo, Hospitales Generales, Institutos, Dirección Subregional de Salud, Regiones, etc.

Se apoyará la investigación brindando todas las facilidades posibles a

aquellos profesionales que deseen realizarlas sobre todo en las áreas que abarca este programa, previa revisión del proyecto.

El presente programa establece los Módulos únicos del registro de actividades, como los datos estadísticos, e historias personales, fichas de transferencia y contratransferencia.

8.1. En Postas de Salud, Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales de Apoyo, Hospitales Generales:

8.1.1. Nombre y apellidos, procedencia, edad, fecha, ocupación, sexo, domicilio, lengua materna, grado de instrucción, tiempo de residencia, estado civil, religión. Referido por:

- Identificación del síndrome por parte del auxiliar.
- Diagnóstico médico, psicológico, psiquiátrico
- Tratamiento indicado por el médico
- Observaciones.

8.1.2. Llevar un registro de referencias del 2do. y 3er. nivel.

8.1.3. Registro de intervención en salud psicosocial en la comunidad.

Informe de Actividades de Promoción y Educación en SM:

- Informe de Actividades realizadas en los Servicios, Departamentos, u otros de SM. Será trimestral, semestral y anual.
- Registro diario de actividades del Programa de SM.
- Registro de consolidado mensual de actividades del Programa de SM.

8.2. Envío de Informes Estadísticos según la estructura organizativa y administrativa de la Región y Subregión de Salud.

9. DERECHOS HUMANOS Y ASPECTOS ETICOS Y JURIDICOS DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Debe tenerse presente los siguientes derechos reconocidos y amparados por la Convención Americana de Derechos Humanos (1969) con especial relevancia para el problema de la salud mental y el tratamiento psiquiátrico:

9.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (Art.5.1);

9.2. Nadie debe ser sometido a torturas ni penas, o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano (Art. 5.2);

9.3. Nadie puede ser sometido a esclavitud ó servidumbre (Art. 6);

9.4. Nadie puede ser sometido a detención, encarcelamiento o encierro arbitrarios. (Art. 7); así sea por motivos de presunto tratamiento.

9.5. Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal ó de cualquier otro carácter (Art. 8);

- 9.6. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. Nadie puede ser objeto de ingerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación (Art. 11);
- 9.7. Nadie puede ser objeto de medidas restrictivas que puedan menoscabar la libertad de conservar su religión, o sus creencias o de cambiarlas. Estas libertades están sujetas a las limitaciones prescritas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicas o los derechos o libertades de los demás (Art. 12); y
- 9.8. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aún cuando esa violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales (Art. 25).

En los casos en que sea necesario el tratamiento obligatorio, previsto por la Ley, ésta prescribe que:

- el paciente mantiene sus derechos personales, cuyo resguardo debe ser asegurado por el juez;
- el tratamiento es decidido por la autoridad sanitaria local que asigna al servicio sanitario local la responsabilidad de la asis-

tencia;

- sólo en casos excepcionales está previsto el tratamiento obligatorio, cuando hayan sido agotadas las demás alternativas posibles, señalándose específicamente que su duración ha de ser breve. El tratamiento obligatorio no significa, necesariamente, la internación en el hospital general, pudiendo ser realizado en el domicilio del paciente.

Los aspectos contemplados y no contemplados en el presente programa se ceñirán al Código de Salud.

10. RECURSOS, PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

En un plan de AP el recurso más importante lo constituye la comunidad organizada ya que la efectividad del plan depende de la respuesta de ésta y ello depende de la sensibilización y capacitación llevada a cabo y cuyo costo es relativamente bajo.

El presupuesto variará según la intensidad de las acciones a realizar, particularmente las educativas y las correspondientes a los costos de desplazamiento de los equipos de AP, teniendo en cuenta que, con criterio realista, no se plantea, por ahora, la creación de nuevas plazas sino la mejor utilización del personal existente, orientada hacia la capacitación y movilización hacia la comunidad.

Para que el Programa cobre vuelo, además del Tesoro Público, conviene buscar el apoyo de la Cooperación Técnica Internacional y la de entidades financiadoras mediante la presentación del presente programa como proyecto para ser financiado.

11. TEXTOS SUSTENTATORIOS

BOSCO G. (1991): Lineamientos del Sector Salud Mental, Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino, Cooperación Italiana, mim., Lima.

BRIEDBACK E. y otros (1991): Proyecto de Normalización en Salud Mental «Neuropsiquiatría y Salud Mental» Arg. 13:3 pág. 9-20, en Servicio Seccional de S.M. de Antioquía, Plan Seccional de S.M., 7 pág., mim., Medellín.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION - 1984-1988, Perú: Hechos y Cifras Demográficas. Lima.

CONSTITUCION POLITICA DEL PERU promulgada por la Asamblea Constituyente el 12 de Julio de 1979.

CONVENCION AMERICANA SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS. San José, Costa Rica, 1969.

CHAVEZ H., (1990): Manual para el Trabajador de Atención Primaria en Salud Mental, Ministerio de Salud Pública - División Nacional de Salud Mental, Quito.

THE DEVELOPMENT GROUP (1991) Análisis del Sector Salud en el Perú (p/AID) Inc. 700 N Faertax St. Suite 500, Alexandria, VA 22314, USA.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Towards a national plan for the chronic mentally ill. DDHS Publication Nº (ADM) 81-1-77. Rockville, MD, 1991.

ESSEX B & GOSLING H.: Programa para la identificación y el tratamiento de problemas de Salud Mental.

GONZALES R.: Planificación de Servicios de Salud Mental. 1985.

GONZALES U & LEVAV I. (Editores): Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación, OPS, Instituto Mario Negri, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL «HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI» (1985): Prevalencia de Vida de Transtornos mentales en Independencia (Lima-Perú), Anales de Salud Mental Vol. I, 1 y 2 pp. 206-222.

LARSON E.B. Alzheimer's disease in the community, Journal of the American Medical Association, 262: 2591-2, 1989.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA División del Comportamiento Humano, Boletines Nº 2 y 3, 1992.

MINISTERIO DE SALUD: Código de Salud (Anteproyecto), Lima, 1992.

MINISTERIO DE SALUD: Normas de Salud Mental según niveles de complejidad. RM. 0074-84-SA/DVM. Lima, 1984.

MINISTERIO DE SALUD: Programa Nacional de Salud Mental, Plan Operativo 1992. Lima, 1991.

MINISTERIO DE SALUD: Plan Nacional de Salud Mental, 1991.

MINISTERIO DE SALUD: Política de Salud Mental y su Implementación Productos del Seminario Taller, Lima 6 al 9 de Noviembre de 1991. 1992.

MINISTERIO DE SALUD: RM 0232-84 SA/OVM, Lima, 1984.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH Epidemiologic Catchment Area Program, Washington, DC USA, 1986.

OMS: Declaración de Alma Ata en : Informe de Atención Primaria de Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de. Setiembre de 1978, Ginebra, 1988.

OMS: La Introducción de un Componente de Salud Mental en La Atención Primaria, Ginebra, 1990.

OMS: Organización de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo, Serie de Informes Técnicos Nº 564, Ginebra, 1975.

OMS: Serie de Informes Técnicos, Nº 698, Ginebra, 1984.

OPS: Informe sobre la Discusión «El rol de la epidemiología psiquiátrica».

OPS: Salud para Todos en el año 2000.

OPS/OMS: La Salud Mental como Programa Integrado de Salud Pública en el Perú - René González Uzcátegui, Asesor Regional en Salud Mental, informe, Lima, 25-27 de Noviembre de 1981.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA (1985): Decreto Legislativo Nº 351, Ley Orgánica del Sector Salud, El Peruano, 28 de Octubre 1985.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA (1982) Ley de Higiene Mental Nº 11272.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Reglamento de la Ley Nº 11272 relativa a Higiene Mental, Lima, 1953.23

PROGRAMA DE ACTUALIZACION A DISTANCIA Atención Primaria en Salud Mental para el Niño, Módulo para auxiliares de enfermería, Manizales, 1988.

PROGRAMA DE ACTUALIZACION A DISTANCIA Atención Primaria en Salud Mental para el Niño, Módulo para la promotora de salud, Manizales, 1988.

QUEROL M.: La vida y la salud como sistemas ecobiopsicosociales, Boletín de la OPS, 1991, (en prensa).

SECRETARIA DE SALUD De BOGOTA Programa de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de las Discapacidades y Disturbios en la Edad Evolutiva, «Modelo de Atención Básica para Centros de Salud», 1989.

SOBREVILLA L. & CHU. M. (1989): Perú, 2025. El Desafío Demográfico ¿Cuántos seremos y qué necesitaremos? Serie de Monografía 1. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto de Estudios de Población. IEPO. Lima.

STROTMAN N. (Ed) (1989): Estado y Sociedad en el Perú. Documentos de la Semana Social del Perú 1989. Gráfica San Pablo, Lima.

COMISION ESPECIAL DEL SE-NADO, Violencia y Pacificación, DESCO. 1988.

WHO Care for the mentally ill. Components of mental health policies governing the provision of psychiatric services. WHO/MNH/POL/87.10, Division of Mental Health, Geneva, 1987.

WHO. Social dimensions of mental health, Geneva, 1981.

12. NOMINA DE EXPOSITORES Y DE PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO-TALLER SOBRE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Realizado en el Hospital Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar, 23-26 de setiembre de 1992.

Psic. Agüero López César, UTES Nº 2 Jauja; Enf. Alarco Aguirre Doris Enfermera Jefe Pab. 3 HVLH; Enf. Alarco Villar Antonieta Enfermera Jefe del Dpto. de Enfermería, HVLH; Enf. Alarcón Ortiz Julia, Directora de RR.HH y Capacitación-Coord. de Salud Mental UDES-Ayacucho; Dr. Alban Silva Pablo, Cordinador de Salud Mental, Jefe de Servicio de Psiquiatría, HNDAC UDES-CALLAO; Dr. Aliaga Camacho Hernán, Director Ejecutivo, Participación Comunitaria, MINSA; Psic. Alcántara Eleuterio, HVLH; A.S. Alfaro Molina Ida, HHV; Dr. Alipázaga Pérez Pedro, Médico Psiquiatra HLM Chiclayo; Dr. Alva León Verna, Vice Decana, Facultad de Medicina UPCH; Psic. Alvarez Bullón María, C.S. San Cosme; A.S. Alvarez Vichorra Irene, HVLH; Psic. Alzamora Valencia Carmen, INS del Niño; Psic. Anicama Ventura Rnee, HVLH; Dr. Anticona Bringas Carlos, Médico Psiquiatra HVLH; Educ. Aparcana Castilla Rosa, INSM «HD-HN»; Psic. Aramburú Duncan Rosa, Escuela Nacional de Enfermeras-Hospital del Niño; Dr. Arellano Kanashiro César, Jefe del Dpto. Salud Mental Comunitaria, INSM «HD-HN»; Dr. Artidoro Cáceres, Colegio Médico del Perú; Dr. Arzola Quispe Juan Director de «Comunidad Terapéutica»; A.S. Aurazo Díaz Nuny, INSM «HD-HN»; Psic. Avendaño Atauje José, Jefe del Dpto. de Psicología, HNCH; Dra. Balbin Marticorena Edith, Responsable Sub-Programa Malaria y Control de Leishmaniasis. OEM-MINSA; Bazán Vidal Ethel, Profesor Asociado UNMSM; Psic. Bazauri Zaldivar

Oscar, HVLH; Psic. Bellota Osorio Rosalia, Dirección Subregional de Salud I-CALLAO Centro de Desarrollo Humano; Dr. Bermejo Rogelio, UPCH; Psic. Bermuy Gutierrez Ida, UNMSM; Dr. Bernal García, INSM «HD-HN»; Dr. Boggiano Tacuche Marco, Jefe de Servicio Pab. 13, HVLH; Dr. Bojorguez Giraldo Enrique, HVLH; Dr. Bosco Tierno Giovanni, Responsable del Sector de Salud Mental en el Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino Cooperación Italiana; Dra. Boza Huamaní Ana, Médico Psiquiatra HVLH; Dr. Bravo Alva Francisco, HHV; Dr. Bustamante Quiro Ricardo, Médico Psiquiatra Dirección Subregional Salud I-CALLAO Centro de Desarr. Humano; Dr. Cachay Chávez Carlos, INSM «HD-HN»; Psic. Cárdenas Morán Luz, HVLH; Psic. Castro Cuenca Hilda, HVLH; Dr. Castro Morales Jorge, INSM «HD-HN»; Dr. Chacón Antezana Oscar, INS del Niño; Dr. Collado Cardenas Andrés, Médico Asistente UDES Tacna; Dr. Collado Guzmán Noemí, Médico Psiquiatra Asistente HVLH; Psic. Córdova Anticona Dilma, HVLH; Psic. Crisanto Valverde Angela, HVLH; Psic. Dediós Frias María, HVLH; Del Aguila Lozano María, Coordinadora del Programa Salud Mental Región San Martín - Tarapoto; Dr. Del Pozo Velasco Teodoro, Jefe del Departamento de Salud Mental, SPN; Psic. Delgado Suárez César, HVLH; Dra. Diezra Jara Blanca, Dirección de Inmunizaciones MINSA; Dr. Echevarría Quevedo Carlos, Médico Psiquiatra HVLH; A.S. Escudero Moreno Lida, HVLH; Enf. Esteban Aquino Noemí, Enfermera Jefe HVLH; Dra. Gonzáles Ballón Matilde, HVLH; Dr. Hinojosa Rodriguez German, HVLH; Psic. Horna Mimbela Roxana, HVLH; Dr. Cairampoma Torres Humberto, HVLH; Dr. Caballero Ogata José, HSR; Dra. Cáceres Vargas Doris, Médico Psiquiatra,

HNDM; Dra. Candela Bolaños Nancy, Médico Jefe Dirección Subregional Salud I-CALLAO Centro de Desarr. Humano; Dr. Chieng Duran José, Presidente del Cuerpo Médico HHV; Psic. Cárdenas Eloísa Directora de Centro de Psicología Infantil; Psic. Cortez Viacaba Mary, CS Villa; Cuochi Losí Ana Coordinadora Centro de Rehab. Drogadependiente-»Escuela Vida»; Dr. Delgado Acevedo Milton, Oficina de Control de Bienestar Universitario; Psic. Delgado Chiguan Ofelia, Lic. Psicología Clínica Dirección Subregional Salud I-CALLAO Centro de Desarr. Humano; Psic. Díaz Diburga Lidia, Jefe de Servicio de Psicología HGAL; Psic. Dodero Morales Amintore, Psicólogo Clínico HNDAC; Psic. Elías Contreras Clara Jefe de Psicología, HML; Psic. Elías Gonzáles Víctor, HNHU; Psic. Figueroa Fernandez Maritza, Psicoterapeuta Coordinadora Programas Preventivos APPP; Psic. Farfán Gonzáles Elsa, HHV; Psic. Fuk Reynoso Nancy, Dirección Subregional Salud I CALLAO Centro de Desarr. Humano; Psic. García Galicia Elena, Terapeuta Familiar Centro de Rehabilitación Drogadependiente-» Escuela Vida»; Dr. García Hildebrandt Jorge, C.S. «HD»; Dra. Gavancho Chávez Graciela, Director General de la Oficina Gral. Planificación MINSA; Dr. Gómez Gaspar Héctor, Jefe de la Unidad de Capacitación Sub Región de Salud de Junín; Psic. Guardia de Aspilcueta Anita, HML; Enf. Gupio Mendoza Gloria, INSM»HD-HN»; Psic. Holgado Canales Guadalupe, UNSAAC; Psic. Huamaní Alfaro Marcelina, UNMSM; Enf. Lescano Alban Angela, Enfermera Supervisora HVLH; Psic. Lopez Vega Adolfo, Coordinador de Salud Mental Sub Región V. RENOM Chachapoyas; Psic. Loyola Zapata María, Trabajo Social Unidad Departamental de Salud Surco-Barranco-Chorrillos; Psic. Lozano Vallejo Ma-

nuel, Escuela Nacional de Salud - Recursos Humanos; Psic. Moreno Gamarra Carmen, HHV; Psic. Magán Malafaya Marco, Vocal, Consejo Directivo Nacional-Colegio de Psicólogo; Dr. Mallqui Babilon Manuel, Jefe de Servicio de Salud Mental HNDM; Psic. Manrique Gálvez Edwin, HHV; Psic. Marchena Cárdenas Carlos, INSM «HD-HN»; Dra. Masias Claux Carmen, Sub-Directora de CEDRO; Dr. Matos Retamozo Luis, INSM «HD-HN»; Psic. Mendoza Minaya Julia, HNCH; Psic. Mendoza Rosillo Brigitte, HSR; Dr. Montenegro Salazar José, Médico Asistente HVLH; Psic. Montenegro Olcese Guillermo, HVLH; Dr. Montoya Gómez Carlos, Médico Asistente del Hospital Andahuaylas; A.S. Morales Castillo Juana, HVLH; Dr. Mitta Curay Ever, Jefe Serv.de Psiquiatría Hospital de Apoyo San José del Callao; Dr. Nuñez Aguirre Héctor, Jefe de Servicio Psiquiatría HGNAL; Enf. Ortíz Ccanto, HHV; Psic. Ortiz Nureña Teresita, HVLH; Psic. Ortiz Valencia José, Jefe del Pabellón 12 HVLH; Asesor. Otoy Camino Enrique, Programa de Postas Municipalidad de Lima; Psic. Palacios Monteagudo Jesús, HML; Psic. Parra Cabrera Hilda, HNHU; A.S. Paye Sánchez Nancy, INSM «HD-HN»; Dr. Paz Zavalía Ezequiel, Oficial Médico Organización Panamericana de la Salud; Dr. Perales Cabrera Alberto, Director Ejecutivo INSM «HD-HN»; Psic. Pérez Ermiso Margarita, Responsable en Psicología -Escolar Adolescente Dirección Subregional Salud I- CALLAO Centro de Desarr. Humano; A.S. Pinedo Cueva Laura, Centro de Desarrollo Humano - Direc. Suregional Salud I-CALLAO; A.S. Pinto Morales Juana, HVLH; Psic. Polo Huamaní Gisella, HVLH; Plaza Arroyo Elida, Coordinadora de Salud Mental Dirección Subregional de Salud III - Lima Norte; Dr. Querol Lambarri Mariano, Coordinador Ejecutivo; Psic. Quesada Yparraguirre

Marlene, HVLH; Psic. Quintana Mamani José, Región Inka - Subregión de Salud; Psic. Quispe Matos Norma; Dr. Ramos Salazar Marcos, Jefatura del Pab-2 Unidad de Psiq. Comunitaria HHV; Dr. Ranilla Collado José, Médico Psiquiatra HVLH; Dr. Riveros Quiroz Marcelino, Director de la Oficina Prevención Tratamiento y Rehab.; Dr. Rocca Gamarra Jenny, INSM «HD-HN»; Consultor Rodríguez Canales Fredy, Programa de Salud Comunitaria Trapecio Andino (UDES-HUANCAV); Dra. Rojas Arteaga Norma, Directora de Participación Comunitaria y Trabajo Social Unidad Departamental de Salud Lima Sur (UDES LIMA -SUR); A.S. Rosales Salazar Rosaura, HVLH; m Psic. Rose Gros Francisco, Jefe del Dpto. de Psiquiatría UNMSM; Psic. Ruiz Alva Hermes, Dirección Subregional Salud I-CALLAO Centro de Desarr. Humano; Psic. Saavedra López Walter, Jefe del Servicio de Prevención Primaria Dirección Subregional Salud I CALLAO Centro de Desarr. Humano; Dra. Saavedra Villalobos Bertha, Médico Psiquiatra HVLH; Dra. Salas de Haro Rosa, Médico Psiquiatra del Servicio de Niños HVLH; Dr. Salinas Salinas Alfredo, Coord. de Salud Mental Dirección Regional de Salud de Arequipa; Psic. Sánchez Luz, Hospital de Apoyo Santa Rosa; Psic. Sánchez Salgado Mariela, HVLH; Dr. Sánchez Moreno Francisco, Presidente Comisión Consultiva, MINSA; Dr. Sandoval Tarazona Felix, Director Regional Región de Salud Grau; Psic. Santos León Merle, INSM «HD-HN»; Dr. Sánchez Tejada Elard, Director Ejecutivo HHV; A.S. Sara Magino Esther, HVLH; Enf. Sarca Tito Marina, INSM «HD-HN»; Lic. Sarmiento Hurtado Enrique, INSM «HD-HN»; Dr. Scapa Florentini Vital, Médico Psiquiatra HGNAL; Psic. Segura Márquez Carmen, Docente Ordinaria UP»RP»; Sehgemble Mendoza

Gregorio, INS del Niño; Psic. Suárez Cordero Raida, HVLH; Psic. Tello Collantes Helen, Coordinadora del Programa Salud Mental Dirección Regional de Salud - Loreto; Dra. Tincopa Ortiz Matilde, Director Ejecutivo NF-3, Jefa de Farmacias Institucionales Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas; Psic. Toranzo Pérez Gladys, HHV; Psic. Torres González Jenny, Jefe del Departamento de Psicología Hospital Regional N° 02 Huaraz - Ancash.; Coord. Torres Uría Ruth, Coordinadora General del Programa de Salud Mental Dirección Subregional de Salud V - Lima Ciudad; Psic. Urriaga Rubio María, Jefe de Psicología del HVLH; Dr. Valdivia Ponce Emilio, Jefe Neuropsiquiatra Hospital Docente Madre-Niño; Dr. Valencia Valencia Alfredo, Jefe de Servicio Salud Mental HSR; Dr. Valverde Cardenas José, INSM»HD-HN»; A.S. Vidal Vereau Margarita, HHV; Psic. Vidalon Galvez Norma, APPP; Enf. Vilchez Tovar Teresa, HVLH; Dra. Villa Morocho Juana, Médico Psiquiatra HVLH; Psic. Villanueva Antigoni Lilliana, HVLH; Dr. Villanueva Salas Oscar, Médico Asistente HVLH; Dr. Warthon Grajeda Dante, Director HVLH; Dr. Zambrano Manuel, Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana; A.S. Zegarra Ordinola Vituca, HVLH

13. ABREVIATURAS UTILIZADAS

AP, Atención Primaria; HVLH Hospital Víctor Larco Herrera; HHV, Hospital Hermilio Valdizán; INSM «HD-HN», Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; HSR, Hospital Santa Rosa; HML, Hospital Maternidad de Lima; HNMD, Hospital Nacional Dos de Mayo; HGNAL, Hospital General Nacional Arzobispo Loayza; MINSA, Ministerio de Salud; PNSM, Progra-

ma Nacional de Salud Mental; PNSMAP, Programa Nacional de Salud Mental en la Atención Primaria; SM, Salud Mental; TAP, Trabajador

en Atención Primaria; UNMSM, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; UPCH, Universidad Peruana Cayetano Heredia.