

PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN DESASTRES: UNA DÉCADA DE TRABAJO

Carlos Marchena
Cárdenas*

* Psicólogo de la DEIDAE-
Salud Colectiva. Instituto
Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado-Hideyo
Noguchi".

Presenta un somero análisis del "Programa de Salud Mental en Desastres" (PROSAMED) desde sus inicios como "Programa de Salud Mental en Emergencias y Desastres" en 1998. Expone los argumentos de su organización; descubre su estructura como modelo comunitario; presenta a los profesionales participantes, examinando las diferencias de intervención según la zona.

Sustenta los objetivos planteados y revisa su finalidad en el contexto histórico de evolución cultural. Enuncia las líneas de acción, el seguimiento, monitoreo, evaluación enfatizando logros y limitaciones.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental - Desastres - Programas preventivos.

La salud pública en el mundo tiene múltiples aristas, y sus concomitantes son diversos (1). Actualmente, cerca de 450 millones de personas tienen un desorden mental o de conducta (2), siendo una minoría la que recibe tratamiento básico. Los programas preventivos adquieren creciente importancia, ya sea por su relevancia social, impacto económico o los inherentes derechos humanos (3).

Los desastres naturales no alteran significativamente la distribución epidemiológica de las enfermedades en general, ni particularmente de los desórdenes mentales (4), (5), (6); sin embargo, ocasionan pérdidas cuantiosas: económicas, humanas, de calidad de vida y bienestar de los seres humanos (7), (8), (9) y (10).

El Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED) precisa que el costo anual por desastres naturales en el mundo es de 50,000 millones de dólares, a diferencia de hace tan sólo 30 años en que la suma era de 5,000 millones de dólares; es decir, 10 veces más (11).

En el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") trabajamos y proponemos un modelo preventivo de problemas de salud mental ocasionados por desastres naturales que analizamos en los acápites siguientes:

Organización conceptual

El actual Instituto Nacional de Salud Mental

"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", ha cumplido 25 años el 2007; sin embargo, en la actual Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Asistencia Especializada en Salud Colectiva (DEIDAE - Salud Colectiva) contabilizamos 27 años; es más, inicialmente nos denominamos "Programa de Salud Mental Comunitaria".

Recién en 1998 se inicia en el Departamento de Salud Mental Comunitaria (actual DEIDAE - Salud Colectiva) un "Programa de Salud Mental en Emergencias y Desastres", (PREDES), denominación que también cambia recientemente a "Programa de Salud Mental en Desastres" (PROSAMED) por tres motivos básicos:

1. Centramos nuestra intervención en desastres prioritariamente naturales y no en emergencias cuyo espectro es de mayor frecuencia.
2. Ubicamos nuestro quehacer en la prevención primaria, fundamentalmente no asistencial, sobre una serie de problemas del comportamiento, de adaptación, de ajuste, que son los predominantes ante la ocurrencia de desastres y no así de desórdenes mentales mayores.

Los damnificados con estrés físico o psicológico por desastres son personas que "...están reaccionando de una manera normal a una situación anormal" (12).

3. Intervenimos fortaleciendo cogniciones, actitudes y conductas saludables en las



Programa de Salud Mental en Desastres: Una Década de Trabajo

personas supuestamente sanas, sin diagnóstico psicopatológico o psiquiátrico, ya que la inversión preventiva tiene mayor efectividad y menor costo, porque permite evitar o disminuir los daños materiales o humanos en personas más vulnerables a eventos catastróficos de la naturaleza.

Inclusive con la denominación primigenia (PREDES), el programa estuvo siempre organizado para trabajar con un equipo interdisciplinario en salud mental comunitaria. "Los estudios y las experiencias de trabajo en desastres nos muestran que el enfoque adecuado para entender e intervenir es el de la salud mental comunitaria (SMC)" (13).

La variación en la progresión de los participantes en nuestro programa, se presenta en la tabla 1.

Tabla 1.
PROFESIONALES PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO DE PREDES

OCUPACIÓN	1998-2000	2001-2003	2004-2007
Enfermera	XX		
Enfermera	XX		
Trabajadora Social	X	X	X
Enfermera	XXX	XXX	XXX
Psicólogo	XXX	XXX	XX
Trabajadora Social	XXX	XXX	
Psiquiatra	XX		
Tecnólogo Médico	XX	X	
Psicóloga	XX	X	X

XXX Horario de trabajo completo; XX Horario parcial; X Horario esporádico.

Trabajar con el comportamiento humano exige perenne estudio de variables psicosociales, la personalidad, el locus de control, las teorías de atribución, liderazgo, motivación, autovaloración y autoestima, entre otros (14). Aunque en el Programa participan distintos profesionales, predominan psicólogos y enfermeras, todos interesados en la búsqueda teórica-conceptual de mayor utilidad. Reconocemos, asimismo, el aporte de muchos internos y estudiantes, sobre todo de Psicología y Enfermería, respectivamente.

Estructura metodológica

PREDES es un programa preventivo-promocional. Asume que la actual interacción psico-física es determinante en la adopción de comportamientos futuros ante las adversidades. De tal modo, conocer, dinamizar, movilizar actitudes y conductas solidarias, cooperativas, gregarias, etc. en el ahora incrementa la probabilidad de un comportamiento adecuado (igualmente positivo) en un presunto desastre en el futuro.

Si bien la resultante final o meta esperada es un comportamiento seguro, descrito como adecuado o positivo, sólo se logra en el ámbito social. Por ello, PREDES ha optado por intervenciones de co-participación (nuestra institución y la comunidad). En esta estructura intervienen básicamente dos tipos de grupos: las organizaciones de base (comedores populares, comités, asociaciones, directivas u otros) y las instituciones locales (de salud, educación, gobernación, policía etc.)

Entre ambos grupos enunciados (organizaciones e instituciones) se conforman encuentros de líderes, se promueve la formación de Comités Locales de Salud Mental en Desastres, quienes asumen por propia motivación, voluntariamente, la tarea de hacer frente a los desastres. La modalidad es la más pertinente para cada realidad micro-social mediante capacitación, educación, formación de grupos, sensibilización u otros; realizan actividades como simulacros, marchas, campañas, difusión masiva, entre otras, en los grupos donde tienen mayor acceso.

Vemos entonces que no hay un sistema rígido o único. Existen diversos temas a abordarse en la comunidad; "salud mental y desastres" debería ser uno de ellos (15). Proponemos un modelo guía que se adapte a cada realidad social donde trabajan el comité y sus respectivos agentes, personas capacitadas de la comunidad; también seleccionadas por sus respectivos grupos, generalmente líderes informales o formales (de las organizaciones o instituciones). Con ellos trabaja nuestro equipo interdisciplinario cuyas premisas son: el respeto a su entorno cultural, el apoyo a toda iniciativa preventiva en el afronte a desastres, la movilización comunitaria, su motivación para



ubicar potencialidades y desarrollar habilidades de autoayuda- cooperación.

Los planes de acción demandan la intervención de los actores sociales involucrados, la gestión para la reducción de riesgos, la sensibilización, entre otros (16). Las técnicas de intervención utilizadas pueden variar según la propia orientación profesional; no obstante, se utilizan las dirigidas

a programas preventivos (17).

Lugares de Intervención

Los lugares de intervención seleccionados al ser recomendados por la Oficina General de Defensa Nacional (18) del Ministerio de Salud se describen en la tabla 2.

Tabla 2.
FRECUENCIA DE INTERVENCIONES. PROSAMED

LUGAR	1998 - 2000	2001 - 2003	2004 - 2005	2006 - 2007
Ambar (Lima)	3	3		
Coayllo (Lima)	2	2		
Paramonga (Lima)	3	2		
Yauyos – Laraos (Lima)	2	3		
Urb. San Diego (Lima)	Todo el periodo	Todo el periodo	Todo el periodo	Todo el periodo
Urb. Valdivieso (Lima)		Todo el periodo	Todo el periodo	Todo el periodo
San Juan de Lurigancho-Huaycoloro (Lima)			4	
Dpto: La Libertad- Trujillo			2	
Dpto: Huancayo			2	
Dpto: Piura-Sullana				2

Muchos de los lugares de intervención sufrieron el desborde de ríos aledaños y fueron seleccionados en base a información de la OGDN y con su apoyo.

El mayor número de intervenciones señaladas en el cuadro anterior fue debido razones diversas; la más determinante fue la participación local. Asimismo, donde se asumen compromisos preventivos y realizan mayores acciones, PROSAMED tiene mayores éxitos; de allí la frecuencia de intervenciones, supervisión, monitoreo y hasta publicaciones (19). No existe concepción pre-determinada, preferencia por cercanía u otra razón para la intervención; lo que sucedió por ejemplo en Ambar, ubicado al noreste de Lima, de difícil acceso al poblado y a sus caseríos circundantes.

Los siete primeros lugares son de Lima: Ambar, Paramonga, al norte; Coayllo y Yauyos al sur. La urbanización San Diego y la urbanización Valdivieso en el distrito de San Martín de

Porres; Huaycoloro en el distrito de San Juan de Lurigancho. En los restantes lugares, al interior del país, nuestro programa tuvo mayor acogida. Un modelo elaborado por el INSM en Lima funciona mejor fuera de la capital por varios motivos: en pequeños poblados los estilos de vida y participación colectiva son más estrechos, la dependencia es más interna que externa; tenemos más ascendencia y compromiso con las autoridades locales; la población se encuentra comprometida por sus mecanismos gregarios, de control social; los encuentros son más personales, versus la impersonalidad de la ciudad.

Objetivos

El objetivo general de PROSAMED es contribuir a la disminución de condiciones de riesgo y vulnerabilidad psicosocial frente a los desastres naturales y antrópicos (provocados por el hombre).



Programa de Salud Mental en Desastres: Una Década de Trabajo

En el pasado reciente; tan sólo hace 3 o 4 décadas, el mundo estaba menos poblado. En zonas desérticas un sismo, por ejemplo, tenía cero riesgos de daño para el hombre; pero, cuando se empiezan a poblar estas zonas, el riesgo va creciendo. Asimismo, si vivimos en casa precaria seremos más vulnerables que habitando otra de material noble (20).

En países como el Japón, con construcciones antisísmicas, un gran sismo puede ocasionar algunos muertos; y en uno como el nuestro, millares con devastadoras pérdidas. El terremoto de grado 7.6 en la escala Richter ocurrido al sur de Asia el 8 de octubre del 2005 produjo 20,000 muertos. Un práctico modo de afrontar los terremotos es mejorando las construcciones; sin embargo, en un país pobre como el nuestro la receta es irrealizable, al menos en el corto plazo.

En el contexto enunciado, cubre importancia capital el concepto vulnerabilidad psicosocial que, como objetivo, va más allá de la búsqueda de un estilo saludable, de conductas de autoprotección; compromete al entorno social, a sus grupos.

PROSAMED plantea tres objetivos específicos: la adquisición de habilidades psicosociales de prevención frente a desastres, el fortalecimiento de las organizaciones e instituciones comunitarias y la sostenibilidad del Programa. Si resulta muy difícil que nuestro sistema socioeconómico disminuya el impacto de los desastres, es preponderante que los sistemas psicosociales se movilizan del modo óptimo para compensar esta desventaja y aminorar el impacto que indefectiblemente producen aludes, sismos, desbordes, avalanchas u otros.

Finalidad

Entre el medio y largo plazo tenemos como finalidad apoyar el establecimiento de una cultura de prevención en las poblaciones en riesgo o afectadas por desastres mediante un modelo preventivo-promocional de salud mental comunitaria.

La cultura tiene innumerables acepciones. De modo genérico abarca el *modus vivendi*, usos, costumbres, mitos, creencias, concepciones del

mundo de la vida; por eso varían según espacio y lugar (21).

Se asume que hay cultura de prevención cuando se controlan los riesgos y amenazas para evitar impactos nocivos. Las circunstancias dolorosas de los desastres han dejado a la humanidad múltiples enseñanzas (22) (23). Hoy en día, salvando las diferencias del mundo globalizado, se tiende a adoptar una cultura de prevención en todo ámbito: escuelas, municipalidades, entornos saludables, estilos de vida sanos, alimentación natural, hábitos de higiene, entre tantos. La preparación para desastres exige una cultura del conocimiento entre los profesionales y la colectividad (24).

En la época virreinal del Perú se ofrecían doncellas, generalmente indias, conducidas por eclesiásticos al sacrificio humano para aminorar la fuerza de la naturaleza y que un volcán cesara de erupcionar (25). Hasta la actualidad persisten mitos sobre los desastres; en serranías peruanas muere ocasionalmente una persona al ser alcanzada por un rayo y la población le atribuye causalidad divina; dicen, por ejemplo, que fue castigo de Dios, por haber sido infiel o mujeriego. Tampoco se trata de condenar ni menos hacer sorna de estas creencias.

Toda concepción -llámese mágica, religiosa, mítica o mística- tiene su razón de ser y particular sentido; no es buena ni mala sino simplemente es la cultura; en todo caso, expresión legítima de determinada población. El Centro Regional de Información sobre Desastres ha realizado una investigación en Hispanoamérica, que incluye muchas de estas creencias culturales (26).

La OPS presentó una serie de mitos y realidades sobre los desastres naturales (27). A pesar de que estamos lejos de una cultura de prevención, es mayoritaria la emergencia de conductas preventivas hacia la salud; por ejemplo, el uso de cinturones de seguridad en vehículos, higiene dental y corporal, selección de nutrientes, restricción del uso de tabaco en lugares públicos cerrados, etc. Todo ello genera, por una parte, mayor conciencia del posible daño interno (condición previa para asunción de conducta segura o protectora) y, por otra, menor tolerancia al agente nocivo externo (exigencia a cumplir derechos, normas o costumbres seguras).



El tema de los desastres cobra cada vez mayor interés: partidos ecologistas o verdes. En Europa luchan por la conservación del medio y en contra del “calentamiento terrestre”. Un mundo más poblado y con mayor pobreza exige adoptar una cultura de prevención frente a los desastres (28) (29) (30).

El Perú no escapa a dicha realidad; su explosión demográfica data ya de algunas décadas y es un país del tercer mundo. No podemos esperar que mejoren tan sólo los modelos asistenciales o de atención a víctimas o damnificados en eventuales desastres, sino enfatizar el trabajo promocional y preventivo pre-impacto. Con esa perspectiva se ha asumido la estrategia de la promoción de la salud en diversas partes de nuestro continente (31) (32) (33).

Líneas de acción

PROSAMED plantea tres: promoción, prevención y capacitación.

Promoción: A través de las organizaciones e instituciones citadas, privilegiando acciones con los líderes que movilizan a la población y a los grupos más vulnerables: niños, ancianos, limitados físicos o mentales, madres gestantes, personas hipersensibles a ciertos desastres, entre otros. El énfasis, aparte de la cultura de prevención, se ubica en el fortalecimiento de valores, conductas sociales positivas y emociones.

Prevención: Busca la sensibilización y concientización frente a los desastres mediante la difusión masiva con el uso de rotafolios sobre salud mental y desastres en grupos escolares y comunitarios. La prevención contempla también la derivación oportuna de casos clínicos detectados a los establecimientos de salud correspondientes, postas, centros de salud, hospitales o instituciones.

Capacitación: Se inicia con un curso en base a un manual elaborado por el equipo de PROSAMED (34). El manual consta de cuatro módulos:

1. El agente comunitario y la comunicación.
2. Salud mental y desastres.
3. Promoción de la salud mental.

4. Actividades preventivas y de atención en salud mental.

Los contenidos clave son: comunicación, liderazgo, salud mental, factores de riesgo, factores protectores, prevención, promoción, fomento de conductas sociales positivas y expresión de emociones.

Al terminar el curso los asistentes, agentes comunitarios, preparan un plan de trabajo para su propia localidad, con sus representantes y bajo nuestra intervención posterior.

Seguimiento y monitoreo

Con el afán de lograr la sostenibilidad del Programa, realizamos intervenciones de apoyo a los comités de salud mental instalados y a los agentes comunitarios, monitoreando también sus acciones, como por ejemplo la educación a grupos, asesoría a quienes trabajan con niños en el fortalecimiento de emociones y conductas sociales positivas.

Evaluación

Todo proyecto o programa puede mejorar mediante su evaluación (35) (36). Por ello consideramos la evaluación de los agentes como del propio PROSAMED en el proceso y en el impacto.

En cuanto a la evaluación del proceso tenemos:

Cursos de capacitación.- Cada uno de los cuatro módulos del curso básico tienen pruebas de entrada y salida para examinar progresos de agentes. Generalmente los que pertenecen al sector salud obtienen muy buen rendimiento e incluso mejoran en las pruebas de salida. Los promotores de salud y otros representantes comunitarios alcanzan puntuaciones algo menores que también se elevan al capacitarse.

Encuesta de opinión.- Cada curso de capacitación de PREDES culmina con una encuesta de opinión anónima de los asistentes. Hemos recibido de ellos aprobación mayoritaria a las intervenciones. La sugerencia predominante es mantener las intervenciones.



Programa de Salud Mental en Desastres: Una Década de Trabajo

Acciones de los agentes.- Varían según la zona y se desarrollan mejor cuando el ámbito de trabajo es el propio; por ejemplo, los profesores en talleres con sus alumnos, los promotores en educación a grupos de sus organizaciones y el personal de salud en promoción con sus usuarios.

Elaboración de materiales.- El equipo de PREDES ha elaborado un manual de capacitación, un rotafolio, trípticos y volantes de uso frecuentes en las intervenciones, educación a grupos y actividades preventivo – promocionales.

Seguimiento y monitoreo.- Se han realizado en todos los lugares intervenidos. Aquellos con mayor seguimiento tienen mayores acciones. La respuesta general de apoyo de las autoridades es mayor en provincias y fuera de Lima que en la propia capital (37).

Diagnósticos situacionales.- Preparados en la mayoría de lugares de trabajo, sirven como marco teórico referencial y orientan las intervenciones sucesivas (38).

Respecto al impacto:

Cobertura.- Es relativa. Si consideramos la problemática nacional de los desastres, indudablemente, estamos muy lejos de una participación significativa; sin embargo, si se tiene en cuenta el impacto de un pequeño equipo interventor en las localidades elegidas, la cobertura resulta significativa por el trabajo de los agentes capacitados que tienen liderazgo, motivación y realizan un denodado esfuerzo por beneficiar a su comunidad.

Comités locales de salud mental y desastres.- Formados en todas las localidades intervenidas, con liderazgos distintos; del personal de salud, del de educación, la policía y la propia comunidad. Aunque con diferente tiempo de trabajo, todos han tenido participación en acciones preventivas y promocionales.

Difusión masiva.- Otro indicador relativo, escaso a nivel nacional. Requerimos utilizar medios masivos de difusión: radio, televisión (39), puesto que nuestra difusión es aceptable a nivel local, en los mismos grupos donde trabajan los agentes (organizaciones, instituciones), pero no más allá de ello.

Talleres.- Los de fortalecimiento de emociones y de conductas sociales positivas se desarrollan en base a sendas guías que están siendo validadas por expertos externos al equipo de PREDES. La validación operativa es favorable, pero requiere de mayor trabajo en el futuro inmediato.

Referencias

1. Guerra de Macedo, Carlyle. Reflexiones sobre la Salud Pública. Washington, D.C.; 1992
2. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report. Mental Health: New Understanding. New Hope. Chapter 1; 2001
3. Declaración Mundial de Salud Mental. Temas de Salud Mental en la Comunidad. 51ª Asamblea Mundial de la Salud. Adoptada por la Comunidad Sanitaria Mundial. Mayo, 1998
4. Seaman, John. Epidemiología de Desastres. México: Ed. Harla; 1989
5. Organización Panamericana de la Salud. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Colombia: Ed. OPS.; 2000
6. Pan American Health Organization (PAHO): Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. Organización Panamericana de la Salud (OPS) OMS, OPS; 2002
7. García Acosta, Virginia. Historia y Desastres en América Latina. Lima: Ed. La Red; 1997
8. Unesco. Terremoto: Evaluación y Mitigación de su Peligrosidad. Barcelona; 1980
9. Beier, Chistoph. Geografía y Ayuda Humanitaria. Univ. Deust., 1998
10. Instituto Nacional de Defensa Civil. Informe Compendio Estadístico del SINADECI 2003. Disponible en <http://www.indeci.gob.pe>
11. Centro Nacional De Prevención De Desastres (CENAPRED). Desastres Naturales en América Latina.. México: Ed. Fondo de Cultura Económica; 2002
12. Cohen, Raquel: Salud Mental para Víctimas de Desastres. Guía para Instructores.. Lima: Imp. Prog. Educativos S.A.; 1999
13. Cohen, Hugo. Intervención en Crisis en Situaciones de Desastres Naturales: Abordajes en Salud Mental Comunitaria. San Salvador: Ed. OPS-ELS; 2001
14. Avia, María Dolores y Sánchez Bernardos, María Luisa. Personalidad: Aspectos Cognitivos y Sociales. Madrid: Ed. Pirámide, S.A.; 1995
15. Levav, Itzak. Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex. Buenos Aires: Ed. OPS; 1993



16. Intermediate Technology Development Group (ITDG). Propuesta Metodológica para la Gestión Local de Riesgos de Desastres. Lima: Imp. Tarea, Asoc. Gras. Educativa; 2001
17. Matellanes, Manuel y SASTRE. Elena. El Uso de Técnicas Psicológicas en la Ejecución de los Programas de Prevención. Madrid: Ed. Colegio Oficial de Psicólogos; 2000
18. Oficina General de Emergencias y Desastres (OGDN). Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/ogdn>; 2004
19. Moya, Margarita y Gupio, Gloria: Experiencia de Intervención de Salud Mental Comunitaria en una Población Afectada por Desastres en el Distrito de Ambar. Lima: Anales de Salud Mental. Ed. "NSM HD-HN"; 1999
20. Lavell, Allan. Viviendo un Riesgo. Comunidades Vulnerables y Prevención de Desastres en América Latina. Tercer Mundo Editores, Sta. Fe de Bogotá, 1994
21. Clifford, J. The Predicament of Culture. 20th Century Ethnography, Literature and Art. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1988
22. Organización Panamericana de la Salud. Lecciones Aprendidas en América Latina de Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud. Secretariado del IDNDR Washington: Ed. OPS; 1997
23. Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones y Recursos de Información sobre Desastres Naturales. Catálogo, 2002
24. Centro Latinoamericano de Medicina y Desastres (CLAMED). Taller de Lecciones Aprendidas. Vivian Céspedes Mora. La Habana; 2002
25. Seiner Lizárraga, Lizardo. Estudios de Historia Medioambiental. Lima: Fondo de Des. Ed. Universidad de Lima; 2002
26. Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID). Disponible en <http://www.crid.or.cr>; 2005
27. Organización Panamericana de la Salud. Desastres Naturales: Mitos y Realidades [web en línea]. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ped/myths.htm>; 2001
28. Albarrán Melgarejo, Américo. Educación Ambiental, Naturaleza y Ética Ecológica.. Lima: Imp. Serv. Gras. Éxito; 2002
29. Programa de las Naciones Unidas Para El Medio Ambiente (PNUMA). Conferencia de Estocolmo; 1972
30. Levy-Leboyer, Claude. Psicología y Medio Ambiente. Madrid: Ed. Morata; 1985
31. Ministerio de Salud. Promoción de la Salud en la Escuela. Lima: Ed. MINSa; 2001
32. Compromiso de Chile. Promoción de la Salud. Comité Andino; 2002
33. Taller Andino Para Protección de la Salud. Municipios y Comunidades Saludables. Red Internacional Carmen; 2003
34. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Salud Mental en el Afronete de Desastres: Módulos de Capacitación para Agentes Comunitarios, Lima: Taller Arce Perú, S.R.L.; 2001
35. Banco Interamericano de Desarrollo. Evaluación; Una Herramienta de Gestión para Mejorar el Desempeño de los Proyectos. Washigton, D.C.: Ed. BID; 1997
36. Mokate, Karen Marie. La Evaluación como Herramienta de Gerencia Social. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), Versión modificada; abr. 2000
37. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Informes de Intervención en Localidades Afectadas o en Riesgo de Desastres (Ambar, Yauyos-Laraos, Paramonga, Coayllo, San Diego, Trujillo, Piura). Lima; 1998 al 2007
38. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Diagnósticos Situacionales de Ambar, Yauyos-Laraos, Paramonga, San Diego, Trujillo, Piura. Lima; 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, 2006
39. Consorcio de Universidades. Estudio de Base para el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales en Comunicación y Promoción de la Salud. 1ª ed. Lima; 2004.

