

Pontificia Universidad Católica del Perú

ESCUELA DE POSGRADO



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

**“EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE
SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ EN EL DISTRITO DE
CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO DE LA PROVINCIA
CONSTITUCIONAL DEL CALLAO”**

Tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia Social

AUTOR

RAFAEL EMILIANO SULCA QUISPE

ASESOR

CARLOS TORRES HIDALGO

LIMA – PERÚ

2016



Este trabajo es un homenaje
a mi madre

Índice

Resumen

Introducción

Capítulo 1: Planteamiento del problema

1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Justificación.....	23
1.3 Objetivos.....	27

Capítulo 2: Marco teórico

2.1 Salud mental.....	29
2.2 Determinantes de la salud mental.....	31
2.3 Salud mental en el mundo.....	32
2.4 Salud mental en el Perú.....	37
2.5 Salud mental en el Callao.....	41
2.6. Enfoques de la salud mental.....	43
2.7 Planes y programas de salud mental en el contexto mundial.....	49
2.8 Investigaciones relacionadas al tema.....	58
2.9 Antecedentes y perspectivas de la salud mental en el Perú.....	66
2.10 La salud mental como derecho humano.....	73
2.11 Gerencia social	76

Capítulo 3: Perfil del Distrito

3.1 Distrito de Carmen de la Legua Reynoso	85
3.2 Demografía y situación socio económica del Distrito....	89
3.3 Morbilidad en el Distrito de Carmen de la Legua Reynos.....	95

Capítulo 4: Descripción de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz

4.1 La estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz.....	98
4.2 Órganos responsables de la estrategia sanitaria de salud mental.....	100
4.3 Desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental en el Callao en el año 2010.....	105

4.4 Desarrollo de la estrategia sanitaria salud mental en el Callao en el año 2011.....	107
4.5 Descripción de los establecimientos de salud Carmen de la La Legua y Villa Señor de los Milagros.....	109
Capitulo 5:Diseño de Investigación	
5.1 Diseño de investigación.....	112
5.2 Estrategias de investigación.....	114
5.3.Unidades de análisis.....	114
5.4 Fuentes de información.....	114
5.5.Técnicas.....	115
5.6 Instrumentos.....	116
5.7 Procedimiento.....	116
5.8 Variables.....	117
Capitulo 6: Resultados	
6.1.Cobertura de atendidos en salud mental.....	118
6.2.Tamizaje de problemas de salud mental	120
6.3 Visitas familiares integrales.....	123
6.4 Intervenciones comunitarias.....	125
6.5 .Talleres de habilidades sociales.....	128
6.6 Talleres de capacitación de recursos humanos.....	130
6.7.Factores limitantes y facilitadores en el cumplimiento de metas de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz	138
6.8 Propuesta para optimizar la gestión de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el Distrito de Carmen de la Legua.....	144
Conclusiones	156
Recomendaciones	159
Bibliografía	161
 ANEXOS	
Anexo 1:Formato de informe mensual de la estrategia sanitaria de salud mental.....	168

Anexo 2:Guía de entrevista a médicos jefes de establecimiento de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros	169
Anexo 3: Guía de focus group.....	171
Anexo 4: Fotografías del focus group.....	173

GRAFICOS

Gráfico No 1:Mapa de ubicación del Distrito Carmen de la Legua y Reynoso.....	86
Gráfico No 2:Organigrama estructural de la Red de Salud BEPECA con los establecimientos de salud.....	104
Gráfico No 3:Población sujeto de programación por grupos etarios del establecimiento Carmen de la Legua.....	110
Gráfico No 4:Población sujeto de programación del establecimiento de Salud Villa Señor de los Milagros.....	110
Gráfico No 5:Propuesta de acciones de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el distrito Carmen de la Legua y Reynoso.....	153
Gráfico No 6:Propuesta de modelo comunitario de atención de la salud mental en el distrito de Carmen de La Legua y Reynoso.....	154

TABLAS

Tabla No 1:Las primeras causas de morbilidad general 2010-2011 en el Distrito de Carmen de la Legua.....	95
Tabla No 2:Recursos Humanos para el Desarrollo de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz.....	103
Tabla No 3:Porcentaje de casos atendidos por problemas de salud mental por cualquier causa en redes y hospitales.....	107
Tabla No 4:Porcentaje de casos atendidos por problemas de salud mental en redes y hospitales DIRESA CALLAO 2011.....	108
Tabla No 5:Población asignada a los establecimientos Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros 2010-2011.....	109
Tabla Cuadro No 6:Recursos humanos de los centros de salud Carmen de la legua y Villa Señor de los Milagros.....	111

Tabla No 7:Metas por años y cobertura en porcentaje de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en Centro de Salud Carmen de la Legua año 2010-2011.....	118
Tabla No 8:Metas por año y cobertura de atendidos en porcentaje de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros en los años 2010-2011.....	119
Tabla No 9:Porcentaje del Tamizaje de problemas de Salud Mental y Cultura de Paz en Centro de Salud en Carmen de la Legua años 2010-2011.....	121
Tabla No 10:Cobertura en porcentaje de Tamizaje de problemas de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros años 2010-2011.....	122
Tabla No 11:Porcentaje de visitas familiares integrales en el Centro de Salud Carmen de la Legua años 2010-2011.....	124
Tabla No 12:Porcentaje de visitas familiares integrales en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros años 2010-2011.....	125
Tabla No 13:Porcentaje de intervenciones comunitarias en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Carmen de la Legua en los años 2010-2011.....	126
Tabla No 14:Cobertura de intervenciones comunitarias en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros años 2010-2011.....	127
Tabla No 15:Cobertura en porcentaje de talleres de habilidades sociales en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Carmen de la Legua en los años 2010-2011.....	128
Tabla No 16:Cobertura en porcentaje de talleres de habilidades sociales en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros en los años 2010-2011.....	129
Tabla No 17:Cobertura en porcentaje de talleres de capacitación de recursos humanos en la estrategia sanitaria de Salud Mental y	

Cultura de Paz en el Centro de Salud Carmen de la Legua en los años 2010-2011.....	130
Tabla No 18:Cobertura en porcentaje de talleres de capacitación de recursos humanos en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros en los años 2010-2011.....	131
Tabla No 19:Características de los participantes del focus group.....	134



Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal evaluar los resultados de la ejecución de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de Salud de Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso de la Provincia Constitucional del Callao, desde un enfoque de gerencia social, mediante el análisis documental y la percepción de los responsables de la ejecución de la estrategia sanitaria en el Distrito y representantes de organizaciones sociales de base e instituciones de las comunidades del Distrito.

Se evalúa los resultados de la ejecución de la estrategia Sanitaria de Salud Mental con respecto a las metas trazadas durante los años 2010 y 2011, y a partir de allí se plantea recomendaciones para mejorar el cumplimiento de metas y garantizar que la toma de decisiones estén debidamente fundamentada desde el ámbito de la gerencia social.

Se desarrolla en forma pormenorizada el marco teórico de la salud mental y gerencia social. La metodología empleada en el estudio es de carácter cuantitativo y cualitativo, empleando instrumentos de tipo cuantitativo como el análisis documental de resultados cuantitativos alcanzados en el desarrollo de la estrategia, e instrumentos de orden cualitativo como los focus groups y entrevistas individuales.

Los resultados muestran los avances en el desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua y Reynoso, la percepción de los responsables de la ejecución de la

Estrategia Sanitaria y la percepción de los representantes de organizaciones sociales de base y entidades del Distrito.

Como conclusión se encontró que los avances en el cumplimiento de las metas de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz son muy deficientes en los Establecimientos de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de Los Milagros por limitaciones de orden administrativo, carencia de recursos humanos debidamente capacitados, falta de un adecuado monitoreo y de una activa participación comunitaria. Asimismo, se evidencia que los operadores de la estrategia sanitaria carecen de formación en gerencia social que posibiliten la eficiencia de la estrategia, que se evidencia en el hecho que la comunidad no percibe que los establecimientos de salud estén trabajando lo suficiente en aspectos relacionados con el cuidado de la salud mental en la población, pero reconocen la importancia de cuidar la salud mental para prevenir la ocurrencia de problemas de violencia en la localidad en sus diversas manifestaciones.

Se plantea recomendaciones para mejorar el cumplimiento de metas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz a través de la implementación de un modelo comunitario de atención de la salud mental

Introducción

El presente estudio tiene como propósito evaluar el cumplimiento de metas de la estrategia sanitaria nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso de La Provincia Constitucional del Callao. Este Distrito se caracteriza por presentar altos niveles de violencia intrafamiliar, abuso de sustancias psicoactivas y presencia de delincuencia juvenil por lo que es necesario explorar las acciones que se están desarrollando por parte de las entidades públicas como los establecimientos de salud para atenuar la problemática descrita.

Los problemas prevalentes de salud mental en nuestro país son los trastornos mentales (depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático, dependencia a sustancias psicoactivas, suicidios) y los problemas psicosociales (la violencia política y sus consecuencias, la violencia familiar, el abuso sexual, el consumo de alcohol, adicción al tabaco y otras sustancias psicoactivas, los desastres, los problemas de aprendizaje escolar y otros problemas relacionados a la exclusión social) que amerita una investigación permanente. Estos problemas de salud mental han sido poco estudiados, pero algunos resultados muestran que están relacionados a factores socioeconómicos, políticos, culturales e individuales, lo cual nos compromete a desarrollar un enfoque multidimensional de los mismos y a convocar una acción multisectorial para un efectivo y eficiente abordaje¹.

¹ MINISTERIO DE SALUD PERU. Plan Nacional de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud, 2006, pp. 35-50

Se presentan resultados del desarrollo de la estrategia sanitaria de Salud Mental y cultura de Paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso a partir del análisis documental de informes cuantitativos de cumplimientos de metas y percepción de los responsables de las estrategias sanitarias ,desde un enfoque gerencial .Asimismo se presentan las percepciones de representantes de organizaciones sociales de base,municipalidad y entidades educativas sobre el desarrollo de la estrategia sanitaria y problemática de salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso desde una perspectiva multidimensional.

En el primer capítulo se aborda el planteamiento del problema ,la justificación y los objetivos del estudio; en el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico de la salud mental caracterizado por una serie de perspectivas del abordaje de la salud mental desde un modelo medicalizado a un modelo biopsicosocial; en el tercer capítulo se aborda el estudio de las características del Distrito de Carmen de la Legua caracterizado por altos índices de violencia en sus distintas formas,pobreza,delincuencia,consumo de sustancias psicoactivas entre otros; en el cuarto capítulo se hace referencia a las características de la implementación de la Estrategia Sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros ;en el quinto capítulo se desarrolla la metodología empleada en la investigación y en el sexto capítulo se presentan los resultados de la investigación con sus respectivo análisis e interpretación.

Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones, seguido de una propuesta de mejora para la gerencia social de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz desde un enfoque participativo .

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos que se han utilizado en el presente estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los temas mas relevantes en el campo de la salud pública es la salud mental .No hay salud sin salud mental , tanto la salud física y mental son indispensables .El bienestar individual y social tiene como componente esencial a la salud mental, tal como sostiene la Organización Panamericana de la Salud (OPS)².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ³ reportó que más del 75 por ciento de pacientes con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, carecen de atención médica o tratamiento terapéutico y se encuentran principalmente en países en vías de desarrollo.

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.Salud Mental en la Comunidad .Segunda Edición..pp.16.Washington:OPS,2010, pp.7

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .Informe Anual 2010.

Gran porcentaje de pacientes con trastornos de salud mental no son diagnosticados, y los que lo padecen habitualmente son estigmatizadas y sufren discriminación, de acuerdo a la OMS en el mismo estudio. Asimismo, la OMS reporta que en el mundo existen 150 millones de personas que padecen de depresión, aproximadamente 125 millones sufren trastornos por abuso del alcohol, 24 millones padecen de Alzheimer y otras demencias, y casi un millón de personas se suicidan anualmente.

Según lo reportado por la OMS, respecto a la morbilidad por trastornos mentales, a nivel mundial existe un 20% de niños y adolescentes que padecen de algún trastorno o desorden mental que los incapacita para realizar labores cotidianas, y entre los adolescentes el suicidio constituye la tercera causa de muerte. La depresión mayor generalmente se inicia en la adolescencia, y se relaciona a graves problemas psicosociales, e incrementa el riesgo de padecer trastornos de la conducta y predispone a conductas suicidas. En ese contexto, es importante la existencia de acciones preventivas para evitar la depresión en adolescentes. Igualmente se señala en el informe⁴ que en la mayoría de los países en vías de desarrollo carecen de médicos psiquiatras, y la atención de la salud mental en el nivel primario se encuentra en manos de trabajadores comunitarios.

La mayoría de países reportan que se realizan actividades de salud mental en el nivel de atención primaria lo cual no es plenamente verificable. Generalmente los servicios de salud mental no se extienden a todo el país, sino que se circunscriben a ciertas zonas donde se desarrollan proyectos específicos.

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Op. cit.* p. 11

En el informe citado, la OMS⁵ reporta que los recursos disponibles son insuficientes, y se encuentran distribuidos de modo no equitativo, aunándose a ello la ineficiencia en el uso de los mismos.

Además, en la mayoría de los países se gasta en el rubro de salud mental menos del dos por ciento (2 %) del presupuesto disponible para la salud, por ende, un porcentaje grande de personas con trastornos mentales no reciben ninguna atención.⁶

A nivel internacional muchos países solo gastan un pequeño porcentaje de su presupuesto sanitario en salud mental, reportándose que una quinta parte de los países gastan menos del 1% de su presupuesto sanitario en salud mental; lo que contrasta con la información reportada de que un 13% de la morbilidad es debida a trastornos neuropsiquiátricos.

A pesar que los trastornos mentales generan discapacidades en una gran proporción de las personas que lo padecen, y constituyen una alta carga de la morbilidad, los recursos destinados actualmente a la salud mental son insuficientes y se prevé que la carga que representan los trastornos mentales se incremente en el futuro⁷.

Rodríguez en su artículo “La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe”⁸ sostiene que amplios sectores de la población

⁵ *Ibid.*

⁶ OMS. Guía de Intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2011

⁷ OMS. Atlas de recursos de salud mental en el mundo. Ginebra.

⁸ RODRÍGUEZ Jorge. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 71 N° 2 Diciembre 2007 pp.117-123

en Latinoamérica no tienen acceso a una atención adecuada en los servicios de salud mental; debido a una insuficiente consideración en la atención de los trastornos mentales, una deficiente organización de los servicios de salud mental, la inexistencia de mecanismos de evaluación y análisis situacional que posibilite identificar las necesidades y prioridades en la problemática de salud mental.

En los últimos años en Latinoamérica, de acuerdo a Tovar⁹, los trastornos mentales se han incrementado. Ante esta situación, la OMS y la OPS determinaron que la medida más importante y prioritaria para disminuir la aparición de tales trastornos, es la Prevención y Promoción de la Salud Mental.

Por otro lado, el modelo de atención de la salud mental continúa centrado en el modelo biomédico u hospitalario en los hechos, y consideramos que representa una respuesta médica social inadecuada a los problemas de salud mental en el contexto actual. De igual modo, consideramos que no es un modelo eficiente, tal como lo demuestra la enorme brecha de atención en salud mental que existe. Frente al modelo tradicional hospitalario existe el modelo comunitario de atención de la salud mental, que tiene como eje principal integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud, e implementar otros servicios externos al ámbito del sector salud desde un enfoque multidimensional e intersectorial.

Sigue predominando en la mayoría de establecimientos de salud el modelo psiquiátrico u hospitalario en el tratamiento a los pacientes con problemas de salud mental, dicho modelo se caracteriza por brindar solamente atención con psicofármacos,

⁹ TOVAR Alberto. Estrategias de Acción Social para la Prevención y Promoción de la salud Mental. Universidad Central de Venezuela.2011

reclusión y egreso a otras instancias, brindándose consultas ambulatorias, hospitalizaciones o derivación a otros centros asistenciales, dejando de lado la promoción y prevención de trastornos mentales. Tal modelo contrasta con el postulado del Desarrollo a Escala Humana de Max Neef, en el que se sostiene que no basta con conocer y comprender cuales son las necesidades que experimenta el individuo, sino que además también se debe conocer en qué medida el medio ambiente o sistema social reprime, tolera o estimula la satisfacción o no de tales necesidades. Además de lo anteriormente expuesto, de acuerdo a este enfoque se debería integrar en un todo la atención al paciente involucrando su medio ambiente familiar y comunitario para lograr su recuperación fuera del establecimiento de salud.

La situación de la salud mental en el Perú tiene características parecidas a los países latinoamericanos por sus características socioeconómicas similares. En el Perú la situación de la salud en general y de la salud mental pasa por momentos difíciles como afirma Macher¹⁰, debido a que se mantiene un sistema de salud inequitativo entre lo público y lo privado, con una insuficiente infraestructura en el sector público y con recursos humanos inadecuadamente remunerados, y con diferencias en sus regímenes laborales. A ello se suma una visión fragmentada y excluyente de la atención de salud mental que se refleja por no incorporarla en el sistema de servicios de salud como un servicio esencial y prioritario.

¹⁰ MACHER, Enrique. La Salud Mental en un Mundo Cambiante: El Impacto de la Cultura y la Diversidad. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", 2007

La problemática de la salud mental en Lima y Callao¹¹ se caracteriza por una alta prevalencia de trastornos mentales tales como depresión, ansiedad ;problemas psicosociales como el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como alcohol y otras drogas; las violencias (sexual, maltrato infantil, contra la mujer, política y otras violencias sociales).Tales problemas se presentan en un contexto de inequidad y exclusión social.

A su vez, según la Dirección Regional de Salud del Callao ¹² el 29% de la población adulta del Callao padece algún problema de salud mental .La morbilidad principal en salud mental en Lima y Callao se caracteriza por alta prevalencia de trastornos neuróticos, trastornos emocionales y del comportamiento, trastornos del desarrollo psicológico , trastornos afectivos, trastornos mentales y de la conducta, retraso mental, intoxicación por drogas o medicamentos, trastornos de la personalidad, violencia familiar ,entre otros.

Ante la problemática de salud mental que afectaba a la sociedad y el creciente aumento de la violencia en sus distintas variantes , el 27 de julio del 2004, el Ministerio de Salud por Resolución Ministerial 774-2004/MINSA implementó la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz.

En la Provincia Constitucional del Callao la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz es implementada y ejecutada por la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA Callao).Dicha estrategia tiene como objetivos específicos: fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de salud mental; posicionar a la Salud Mental en la Región Callao como un derecho humano y un

¹¹ MINSA(Ministerio de Salud) .Salud mental comunitaria.2006.

¹² DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO ASIS 2010 de Salud mental. Callao

componente indispensable para el desarrollo Regional sostenible; implementar en el Modelo de Atención Integral el componente de Salud Mental; fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental en todas sus etapas de vida; garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos.

En el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso, la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz se ejecuta en los establecimientos de Nivel I denominados Centros de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros, centros de salud que brindan teóricamente atención integral de salud pero que en realidad ,creemos que desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud mental de manera muy limitada.

El Centro de Salud Carmen de la Legua brinda servicios de salud a las comunidades de Carmen de Legua y Reynoso; y el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros atiende a la población de la comunidad de Villa Señor de los Milagros, comunidades pertenecientes al Distrito ,y por ende, deben atender también la problemática de salud mental mediante la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz teniendo en cuenta los objetivos y metas de atención trazados por el órgano rector de salud que es el Ministerio de Salud.

La estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz posee indicadores de cobertura de atención, tamizaje, visita familiar integral, sesiones psicoeducativas entre otros, perfectamente definidos que permiten evaluar el cumplimiento de las metas.

En numerosos establecimientos de salud del I nivel de atención, la Promoción y Prevención de Salud Mental presenta debilidades ,de

acuerdo con Tovar¹³ , debido a que los encargados de las estrategias lo ejecutan de manera individual y desarticulada, cada quien aislado en su área y sin considerar a los familiares de los pacientes , ni público en general. Asimismo ,no se recurre a diferentes metodologías y estrategias de promoción de salud tales como elaboración de trípticos, foros, charlas, jornadas o cualquier otro tipo de estrategia didáctica para informar sobre problemas de salud mental.

Según Scoppetta ¹⁴ un modo de evaluar el impacto de un programa de salud pública es la evaluación en base a indicadores. Este tipo de evaluación se basa en sistemas de información que suministran datos. Los indicadores para la evaluación de impacto en salud, generalmente son de tipo epidemiológico en la medida que suministran información del seguimiento de enfermedades y los factores de riesgo relacionados.

Actualmente se reconoce¹⁵ que la salud mental de las personas está influida por factores macrosociales y macroeconómicos ,los cuales son ajenos al sector salud, de tal manera que muchos de estos factores pueden tener efectos tanto positivos como negativos en la salud mental, por ejemplo , la pobreza se relaciona con mayor prevalencia de ansiedad y trastornos mentales; la carencia de vivienda se considera factor de riesgo de trastornos mentales; el desempleo incrementa el riesgo de depresión y se asocia con el abuso del alcohol y conductas autolíticas. La educación es

¹³ TOVAR,Alberto. Estrategias de Acción Social para la Prevención y Promoción de la salud Mental. Universidad Central de Venezuela.2011

¹⁴SCOPETTA, Orlando Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. Instituto colombiano de Bienestar Familiar,695-703,2006

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD .2010. *Op.cit.* pp.4

considerada como un determinante en la salud mental de una persona.

En consecuencia , la problemática de la salud mental requiere la atención no sólo del sector salud sino también del concurso activo de los diferentes sectores y actores sociales de la comunidad. Consideramos asimismo que la prevención y atención de los trastornos y problemas de salud mental se dificulta por la falta de integración efectiva del componente de salud mental en los diferentes niveles de atención en salud; de tal manera que en teoría el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) fortalece el primer nivel de atención, pero el modelo no se articula adecuadamente con los niveles de mayor complejidad, por lo cual no se realiza un proceso de atención y rehabilitación adecuada de las personas con problemas de salud mental generando disfunción en distintas áreas y discapacidad.

Por otro lado, las características culturales y actitudinales del personal de salud y las creencias de la población de la comunidad estigmatizan a las personas con problemas de salud mental y limitan el acceso a los servicios de salud mental , generando en consecuencia la falta de diagnósticos adecuados y subregistro de los problemas de salud mental .

Consideramos que un factor clave en la calidad de la intervención en la salud mental de las personas es el nivel de capacitación del personal de salud en relación a la estrategia sanitaria de salud mental .Las formas y metodologías de capacitación y su grado de impacto en la operativización de la estrategia es un ámbito que

amerita investigarse ya que se reportan que dichos procesos no se monitorean suficientemente¹⁶.

Todo lo señalado en líneas anteriores imposibilita la acumulación de experiencia y genera problemas en el trato o atención a la población con problemas de salud mental, generando falta de empatía y respeto por sus derechos. De otro lado, no funcionan adecuadamente los sistemas de referencia, contra referencia y seguimiento dentro del sector salud, así como entre éste y los otros sectores involucrados en la salud mental¹⁷.

Algunos de los problemas señalados anteriormente estarían vinculados y se exacerbarían con la sobrecarga emocional de una proporción del personal de salud afectado del síndrome de "burnout", síndrome que habitualmente no se diagnostica ni se atiende, generando deficiencias en la calidad de atención.

Siendo el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso un distrito que presenta factores de riesgo para la salud mental como pobreza, crecimiento urbano desordenado, población subempleada y con precariedad laboral y alto índice de violencia; nos interesa conocer en qué medida la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz ejecutada por los establecimientos de salud del Distrito están abordando estos factores de riesgo y problemas de salud mental desde la operativización de la estrategia.

La estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz tiene las características de un programa social implementado por el Estado a través del Ministerio de Salud que tiene como finalidad

¹⁶ SAXENA SHEKHAR, BASAURI VICTOR, RODRIGUEZ JORGE. "Evaluación de los sistemas de salud mental". En *Salud Mental en la Comunidad*. Washington: OPS, 2009, pp. 197

¹⁷ Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. *Op. Cit.*

como otros programas el bienestar social de la comunidad, y por ende, el análisis de sus procesos se debe realizar desde un enfoque de gerencia social. La presente investigación estudiará los momentos de implementación y evaluación de la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz, así como, si la estrategia ha sido legitimada por la población.

La gerencia social abarca los procesos de diseño e implementación de las políticas sociales impulsadas por el Estado para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población, en forma integral y universal. Dentro de los enfoques de gerencia social¹⁸ el enfoque participativo posibilita un trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial de conocimientos y de prácticas, que apoyan los procesos de toma de decisiones estratégicas y garantizan el éxito en la implementación de acciones públicas orientadas al logro del bienestar social; por lo que en el presente trabajo nos interesa verificar si en la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz se está adoptando dicho enfoque.

Asimismo en el marco de lo anteriormente señalado, nos interesa conocer si en los Centros de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua y Reynoso se están cumpliendo las metas trazadas por la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, dado que el Distrito sólo cuenta con estos dos establecimientos de salud y el desempeño exitoso de la estrategia sanitaria permitiría mitigar los problemas de salud mental en la jurisdicción del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso, y por ende, el bienestar social de la comunidad.

¹⁸ Licha, Isabel (2002). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. 1-9

La presente investigación está orientada a conocer como se está desarrollando la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz a través del nivel de cumplimiento de las metas fijadas por los indicadores de la Estrategia en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

En el contexto descrito , la pregunta de investigación que se plantea en el presente estudio es la siguiente:¿En qué medida se han cumplido las metas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso en los años 2010-2011 ,y que factores facilitadores y limitantes se relacionan con el nivel de cumplimiento de las metas ?

La presente investigación está orientada a explicitar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas por los indicadores de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros, porque consideramos que la realidad del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso es muy similar a muchos Distritos de Lima y Callao,y la problemática del personal de salud es sinónimo de lo que ocurre en numerosos establecimientos de salud .

El estudio reviste importancia porque sus resultados reflejarán de manera objetiva y desde la perspectiva de los operadores de la estrategia y comunidad ,como se está ejecutando la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua y Reynoso para a partir de allí formular medidas correctivas y recomendaciones, ya que una inadecuada atención a los problemas de salud mental de

las mencionadas comunidades generaría consecuencias negativas sobre la vida personal, la productividad y el desarrollo social y económico de su población ,preocupación fundamental desde el ámbito de la gerencia social que busca optimizar la gestión de los programas sociales para posibilitar el desarrollo humano de la comunidad.

1.2 JUSTIFICACION

El estudio se justifica porque la atención de la salud mental de una comunidad es prioritaria para su desarrollo¹⁹, y un aspecto fundamental para reducir la carga de la enfermedad por trastornos mentales es contar con un sistema de evaluación y monitoreo que a través de información válida y confiable del desempeño de un programa o sistema de salud mental garantice una adecuada toma de decisiones.

Se reporta a nivel mundial que más del 24% de países²⁰ no tienen un sistema que posibilite la recolección y evaluación de información en salud mental, trayendo consigo deficiencias en la planificación y rendición de cuentas lo que repercute en la prevalencia de trastornos mentales y; mediante la presente investigación se conocerá si dicho panorama se presenta también en el desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

¹⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.2010.Salud Mental en la Comunidad .Segunda Edición,Washington:OPS,2010,pp.16

²⁰ SAXENA Shekhar , APARICIO Víctor, RODRIGUEZ Jorge."Evaluación de los sistemas de salud mental". En Salud Mental en la Comunidad .Washington :OPS,2009, pp.197

Asimismo consideramos relevante el estudio por cuanto la salud mental desempeña un papel importante en el logro de los objetivos del milenio trazados por la ONU, para lo cual se requiere contar con sistemas de salud sólidos y de programas de demostrada eficacia ;en ese contexto, se justifica esta investigación ya que permitirá conocer en qué medida se está logrando resultados en la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental considerando que la atención de la salud mental en América Latina y el Caribe enfrenta muchas limitaciones y dificultades²¹.

La gran cantidad y gravedad de los problemas de salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso , como los trastornos mentales (depresión, ansiedad, psicosis, esquizofrenia, estrés postraumático, adicciones y suicidios) y los problemas psicosociales como la violencia familiar, el abuso sexual, el alto índice de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, los trastornos de aprendizaje y las consecuencias de la exclusión social, ameritan un abordaje de estos problemas que han sido poco estudiados, siendo también importante ponderar el peso de los factores sociales ,económicos, políticos, culturales y personales que los generan, lo cual permitirá una comprensión multidimensional de los problemas de salud mental y, por ende , la convocatoria de diversos sectores sociales para un efectivo abordaje.

La salud mental es un elemento crítico de la salud general de la población, siendo fundamental fomentar la salud social y emocional de la comunidad ,como parte de su desarrollo saludable, y en ese sentido ,es oportuno evaluar en qué medida se está

²¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.2010.Salud Mental en la Comunidad .Segunda Edición..pp.7.Washington:OPS

trabajando estos aspectos desde el marco de la estrategia sanitaria de salud mental. La promoción de la salud mental y el tratamiento de los trastornos mentales de la población, deben ser objetivos importantes de la salud pública, y de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reconocido la importancia de realizar el diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental en el niño y el adolescente, como una forma de prevenir problemas en la edad adulta y repercusiones para la sociedad en general.

Como sostienen Martínez, García y Sagredo la situación de la salud mental constituye un problema social que requiere fundamentalmente acciones de prevención primaria y no solo medidas de carácter paliativo como se realiza actualmente en la mayoría de las entidades prestadoras de salud²².

En ese contexto juega un rol importante el sector salud representado en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso por los establecimientos de salud del I nivel de atención: Centro de Salud Carmen de la Legua y Centro de Salud Villa Señor de los Milagros. En estos establecimientos se ejecutan la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, para atender la salud mental de las comunidades del Distrito de Carmen de Legua Reynoso.

Siendo los establecimientos de salud del I nivel de atención los encargados de desarrollar principalmente acciones de prevención primaria en los diversos contextos de salud, resulta importante

²² Martínez García, Daniel; García Sagredo, Lourenzano y Sagredo Domínguez, Luis Marcos. Estrategias de atención a la farmacodependencia como un problema de salud mental. Tesis profesional para obtener el título de Licenciado en Trabajo Social. Universidad Veracruzana. 1997

conocer cómo se están desarrollando las acciones de promoción y prevención de la salud mental en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros ,en el marco de ejecución de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz ,porque permitirá proponer medidas correctivas en las áreas definidas por la estrategia, considerando que numerosos estudios señalan la importancia de la atención de los problemas de salud mental en forma oportuna ,por cuanto traen aparejados la prevención de problemas de violencia en sus distintas modalidades.

Desde la perspectiva de la Gerencia social la evaluación de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz ,resulta fundamental ,puesto que es una estrategia sanitaria de nivel nacional que se ejecuta en todos los establecimientos de salud en el país y los resultados obtenidos permitirán dar aportes para optimizar la ejecución de la estrategia a nivel de otros establecimientos del país.

Frente a la problemática de violencia intrafamiliar ,abuso de sustancias psicoactivas y delincuencia juvenil que se presentan en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso consideramos de importante evaluar cómo se está ejecutando la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz ,porque un adecuado cumplimiento de sus objetivos y metas atenuará la problemática de salud mental en forma directa y en forma indirecta los niveles de violencia que se da en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

1.3.OBJETIVOS

1.3.1.Objetivo general

Determinar el nivel de cumplimiento de las metas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua y Reynoso en la Provincia Constitucional del Callao durante los años 2010 y 2011 e identificar los factores que se relacionan con el nivel de cumplimiento de las metas.

1.3.2. Objetivos específicos

a) Evaluar el nivel de cumplimiento de metas en cada uno de los indicadores (cobertura de atendidos, tamizaje, visitas familiares integrales, intervenciones comunitarias, talleres de habilidades sociales y capacitación), de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

b) Identificar los factores favorecedores y limitantes para el nivel de cumplimiento de las metas de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso..

c) Formular una propuesta para optimizar la atención de la salud mental y gestión de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz .



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.SALUD MENTAL

Para situarnos adecuadamente en esta investigación es importante tener en cuenta conceptos fundamentales, siendo uno de ellos el significado de la salud mental.

La salud mental ha sido definido de diferentes maneras ,las que implican :el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia

,la autonomía y competencias personales ,la independencia intergeneracional y la autorealización de las capacidades intelectuales y emocionales²³ .

Para la OMS son componentes fundamentales de la vida humana la salud mental ,la salud física y el funcionamiento social ,pero en muchos países se da más importancia a la salud física subestimándose a la salud mental²⁴.

Consideramos que la salud mental está vinculada inobjetablemente con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales ,el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos de la salud mental.

La definición que da el Ministerio de Salud de Canadá respecto a la salud mental , sigue los mismos lineamientos ,y considera que la salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las potencialidades psicológicas cognitivas, afectivas o sociales, involucra el logro de metas individuales y colectivas, en armonía con la justicia y el bien común²⁵.

El Ministerio de Salud del Perú²⁶ define a la salud mental “como el estado dinámico de bienestar subjetivo, en una permanente búsqueda de equilibrio que se puede observar en la conducta de la

²³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .”Informe sobre la salud en el mundo 2001.Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas”.Ginebra:OPS,2001,pp.4

²⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.”Salud Mental en la Comunidad .Segunda” Edición.Washington:OPS,2010,pp.4

²⁵MINISTERIO DE SALUD DE CANADÁ. 1989

²⁶MINISTERIO DE SALUD PERÚ. Lineamientos para la acción en salud mental. Lima: Ministerio de Salud ,pp.27,2004

persona (comportamientos, actitudes, afectos, cogniciones y valores), implica la capacidad de poder establecer relaciones humanas equitativas considerando a todas las personas de diferente edad, sexo, etnia y grupo social como iguales y con los mismos derechos, y de este modo , le permite al ser humano participar de forma creativa y transformadora del medio natural y social, buscando condiciones favorables para el desarrollo integral, individual y colectivo”.

En el mismo sentido la OMS ²⁷ redefine la salud mental “como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La salud mental se relaciona con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos”.

Es importante señalar desde nuestro punto de vista, que la salud mental en una comunidad es la resultante de la influencia de factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud como lo señala taxativamente la OMS²⁸. Al respecto , factores como la pobreza, la necesidad de vivienda insatisfecha ,la urbanización mal planificada, el desempleo, el subempleo y la educación van a ejercer su efecto sobre la salud mental de las personas ,y de modo singular estas condiciones se encuentran en las localidades donde se desarrolla el presente estudio.

²⁷ OMS. Salud Mental .2009

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Op. Cit.*

En síntesis , se puede considerar que la salud mental implica la capacidad y oportunidad de desarrollar las potencialidades de una persona a pesar de la adversidad, es la habilidad que posee una persona para sentirse bien consigo mismo , y tener una adecuada relación con otras personas ,involucra tener capacidad para resolver los problemas frecuentes de la vida diaria .

2.2.DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

Malvarez²⁹ considera que hay evidencias que señalan que los principales determinantes sociales, económicos y ambientales de los trastornos mentales se vinculan con problemas como pobreza ,conflictos armados , desigualdad, migraciones ,el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica.

Asimismo ,son determinantes negativos los conflictos familiares e individuales ,la falta de cuidados paternos y maternos en los niños y adolescentes ,los que contribuyen a generar sufrimiento emocional.

Desde una perspectiva social y un enfoque más amplio , el hecho de mantener o perder la salud ,es la resultante no solo de factores genéticos ,congénitos ,medioambientales y físicos sino también de las relaciones familiares e interpersonales que establece una persona.

Al respecto Ferro ³⁰ clasifica a los determinantes sociales de la salud en: determinantes histórico culturales, económicos, sociales,

²⁹ MALVAREZ Silvina. Promoción de la Salud Mental .En Salud Mental en la Comunidad. Washington :OPS/OMS,2009,pp170-173

³⁰ FERRO, R. La salud mental y la cuenca del Plata. Argentina :Foro Concordia de Salud Mental1988

políticos y jurídicos, científico, técnicos y determinantes relacionados con la organización de los servicios de salud.

En base a los datos anteriores, el Informe Mundial de Salud de la OMS en el 2001³¹ propone las siguientes medidas para atender la problemática de salud mental desde la perspectiva de la salud pública: formular políticas orientadas a mejorar la salud mental, asegurar el acceso a los servicios de salud a bajo costo, asegurar el respeto de los derechos humanos, evaluar en forma oportuna la salud mental de poblaciones vulnerables (niños, mujeres y adultos mayores), promover estilos de vida saludable con entornos familiares estables, promover la investigación en el campo de la salud mental, propiciar el desarrollo de tratamientos eficaces y evaluar en forma consistente los sistemas de salud mental.

2.3. SALUD MENTAL EN EL MUNDO

Tal como se señaló anteriormente, los trastornos mentales constituyen un creciente problema sanitario a nivel mundial. Los problemas mentales constituyen el 12% de la carga mundial de morbilidad³². En el mundo hay aproximadamente 450 millones de personas que sufren problemas mentales o neurológicos, estos desórdenes constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad. En América Latina los trastornos mentales constituyen³³ el 22,2% de la carga total de morbilidad, pero desafortunadamente sólo una minoría de las personas que

³¹ OMS(2001)Informe sobre la salud en el mundo 2001.Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.Ginebra:OMS

³² BOJORQUEZ GIRALDO, Enrique; CHACON ANTEZANA, Oscar, RIVERA RAMIREZ, Giovany. Colegio Médico del Perú.: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. En Acta Médica Peruana 29 (1)2012.pp.48

³³ OPS/OMS.2007.Salud en las Américas 2007.Publicación científica y técnica. No 622.Vol. I ,pp.142-3(salud mental).OPS/OMS.Washington,DC,2007

requieren atención de salud mental la reciben efectivamente ,sin embargo, la magnitud del sufrimiento que los trastornos producen ,la discapacidad que generan, el sufrimiento emocional y dificultades económicas repercuten negativamente en el bienestar de la familia y la comunidad .

A ello ,debe agregarse que las enfermedades mentales afectan en mayor cantidad a poblaciones de niveles socioeconómicos bajos. En esos niveles los problemas de salud mental se incrementan y la respuesta de la mayoría de países es muy limitada ,ocasionando una respuesta insuficiente en los servicios de salud mental .

La situación de la salud mental³⁴ en la niñez y adolescencia se caracteriza porque aproximadamente la mitad de los trastornos mentales se presentan antes de los 14 años. Se reporta que cerca del 20% de los niños y adolescentes a nivel mundial tienen trastornos o problemas mentales. Sin embargo, los países con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son los que disponen de menores recursos para atender la problemática de salud mental. El mayor porcentaje de los países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. La brecha de tratamiento de los problemas de salud mental en la niñez y la adolescencia es aún mayor que en los adultos.³⁵

En el mundo , la depresión está catalogada como la causa más importante de discapacidad ,y se caracteriza por sentimientos de tristeza y una pérdida de interés por asuntos que antes eran importantes para la persona (anhedonia), que se acompañan de

³⁴ OMS. Informe Mundial de Salud . 2009

³⁵ RODRIGUEZ, Jorge. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario. En Rev. Psiquiatría Uruguay. Volumen 75(2).2011,pp.86-95

síntomatología somática, psíquica y conductual. Cerca de unas 800 000³⁶ personas se suicidan todos los años, el 86% de los suicidios se hallan en países de ingresos bajos y medios. Más del 50% de las personas que se suicidan tienen entre 15 y 44 años de edad, y las tasas más altas de suicidio ocurren entre los varones de los países de Europa oriental. En general, los trastornos mentales relacionados al suicidio son tratables. De igual modo, los trastornos mentales están entre los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, ocasionando también traumas de diversa índole.

Por otro lado, se reportan frecuentemente en la mayoría de los países, denuncias de violaciones de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos caracterizados por coerción física, la hospitalización en condiciones de reclusión, la privación de las necesidades básicas y la falta de intimidad en la atención del paciente. Pocos países a nivel mundial poseen una legislación que proteja adecuadamente los derechos de las personas con trastornos mentales.

De igual modo, se evidencia que hay una deficiente distribución de los recursos humanos para la atención de salud mental en el mundo. En los países con bajos ingresos económicos la falta de atención y tratamiento de los problemas de salud mental se explican entre otros factores por la escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales. Los países de ingresos bajos tienen 0,05 psiquiatras y 0,16 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, en tanto, que en los países de ingresos altos esa cifra es 200 veces superior. En el Perú

³⁶ OMS. Informe Mundial de Salud . 2009

hay 187 psiquiatras en el país³⁷, pero el 82% (153) de ellos realizan su labor profesional en Lima y Callao. No hay médicos psiquiatras en los establecimientos de salud de Madre de Dios, Tumbes, Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Pasco y Ucayali, encontrándose las cinco últimas entre las regiones más pobres del Perú y afectadas por el terrorismo.

A nivel mundial, hay 150 millones de personas con depresión, aproximadamente 125 millones con trastornos por abuso del alcohol, 40 millones padecen de epilepsia, 24 millones sufren de Alzheimer y otras demencias, cerca de un millón de personas se suicidan cada año. Entre los niños y adolescentes, un 20% de ellos padecen de algún problema o trastorno mental, lo cual les genera baja autoestima y discapacidad, mientras que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes. La depresión mayor frecuentemente empieza en la adolescencia, y se relaciona a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de desórdenes de conductas y suicidio. Al respecto, las intervenciones preventivas han mostrado eficacia para disminuir la depresión en adolescentes.

Para Camacho y colaboradores³⁸ en la Región de las Américas los principales trastornos de salud mental y de conducta son: trastornos depresivos, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, la epilepsia, la demencia de Alzheimer, el retraso mental, la esquizofrenia, los trastornos mentales de la niñez y la

³⁷ Defensoría del Pueblo. "Salud mental y derechos humanos: supervisión de la política, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables". Informe Defensorial No 140. Lima. 2008. pp. 106-116

³⁸ CAMACHOARCE, Carmen, CABALLERO BALDIVIESO, Dora, VENEGASARZABE, Francis. Situación de la atención Primaria de Salud en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. En Rev. Panamericana Salud Pública. 25(6), 2009

adolescencia ,la comorbilidad con otras enfermedades orgánicas y el suicidio.

En Chile ³⁹ , se reporta alta prevalencia de depresión (29.5%) seguido de . ansiedad (18.7%), y en sexto lugar la dependencia del alcohol (2.5%).Respecto a la violencia intrafamiliar, 33.6% de las mujeres vive alguna forma de violencia ,la cual es un factor de riesgo de depresión, y 50.3% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia .Asimismo el 55.8% de una muestra representativa de 358 mujeres reportó sufrir con su actual pareja alguna forma de violencia física, sexual, psicológica o económica . El 58% de dichas mujeres manifestó padecer de angustia, 56.8% de depresión, 53.1% de alteraciones del sueño y 50.6% de ansiedad. Cerca de 30% de las mujeres manifestó sufrir de angustia y depresión por un periodo de 5 a más años.

También es importante señalar la gran diversidad de trastornos de salud mental que sufren las mujeres que sufren violencia, y de modo singular aquellas que son víctimas de violencia sexual, entre las cuales se tienen el estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación y del sueño, dificultades de concentración, trastorno de personalidad y de carácter obsesivo-compulsivo, así como sentimientos de ira y culpa recurrentes . Entre 50% a 60% de las mujeres víctimas de violación sufren severas disfunciones sexuales, entre las cuales se describen temor a las relaciones coitales y problemas de excitación sexual⁴⁰.

2.4.SALUD MENTAL EN EL PERÚ

³⁹ CALVIN ,María.Género, salud mental y violencia. Santiago:EPES .2001

⁴⁰ LORI Heise. Violencia contra la Mujer: la Carga Oculta de Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington DC;Noviembre, 1994. p. 25-28.

En el Perú⁴¹, se reporta que las ciudades con más problemas de salud mental son Ayacucho, Puno, Lima, Tacna y Puerto Maldonado. En el interior del país, el problema de salud mental de mayor frecuencia es el trastorno mental y del comportamiento por abuso o dependencia al alcohol, siendo mayor en los departamentos de Ayacucho, Puerto Maldonado y Tumbes; seguido por la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada. También se halló en las regiones más afectadas del país, altos niveles de estrés y problemas de salud mental vinculados a disfunción familiar, pobreza, problemas de desempleo y subempleo, falta de integración familiar, escasa participación en actividades religiosas, falta de confianza en las autoridades de la comunidad y escasa empatía en las relaciones sociales, menor percepción de protección del Estado peruano, escasa satisfacción con la situación económica. También se reportan problemas de sueño y conductas suicidas en gran cantidad.

En el Perú, los trastornos mentales, en particular, los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad constituyen problemas de salud pública. Se reporta que más de un tercio de la población adulta ha padecido algún trastorno psiquiátrico alguna vez en su vida especialmente en Ayacucho, Puerto Maldonado e Iquitos.

En Lima⁴² cerca del 25% de las personas que percibieron problemas de salud mental en los últimos 6 meses recibió atención, en tanto que en el resto del país solo lo recibió el 13 por ciento. La mayoría de los pacientes no acuden a centros especializados de salud mental, sino a centros de salud u hospitales generales ya que existe un gran prejuicio en relación al diagnóstico y tratamiento en problemas de salud mental. En Lima, el trastorno depresivo es el problema psiquiátrico más frecuente seguido

⁴¹ MACHER Enrique y SAAVEDRA Javier. Estudio Epidemiológico de “La salud mental en el Perú” Instituto nacional de salud mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2007

⁴² *Ibid.*

por el trastorno de ansiedad generalizada, y el trastorno mental y de comportamiento por abuso o dependencia al alcohol.

Con respecto a la violencia hacia la mujer⁴³ las ciudades con mayor prevalencia fueron Lima, Puerto Maldonado, Tumbes y Ayacucho. Se halló relación entre violencia hacia la mujer con nivel de instrucción, estado civil, lengua materna ;y se acentuaba más en la fase de enamoramiento de las parejas .

Los problemas mentales constituyen el 16 % de la carga de enfermedad en el Perú⁴⁴. El Estudio Nacional de Carga de Enfermedad ejecutado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSa) , en el 2006 reportó que las enfermedades neuropsiquiátricas, que incluía la depresión unipolar, eran la primera causa de enfermedad y eran las responsables de la pérdida de 993, 029 años de vida saludables perdidos (AVISA) en el país. Según estos hallazgos la carga de enfermedad por las enfermedades psiquiátricas en nuestro país es tan alta como la de países de mayores ingresos y se espera que tales enfermedades continúen incrementándose . Sin embargo, el gran porcentaje de los afectados con estas enfermedades psiquiátricas aún no tienen acceso a los servicios especializados. Los resultados de encuestas sobre salud mental ejecutadas en varios países de América Latina muestran que aproximadamente el 80% de las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a servicios de salud . En nuestro país los más pobres son los más afectados porque no tienen acceso a servicios psiquiátricos especializados , y porque aún no se ha integrado una atención adecuada en salud mental en el primer nivel de atención primaria de salud.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ VELASQUEZ A, SECLÉN Y, POQUIOMA, E.; CACHAY C. , ESPINOZA R, MUNAYCO , C. La carga de la enfermedad y lesiones en el Perú: Ajustado con datos nacionales de morbilidad y mortalidad. Lima :MINSa/USAID;2009.

En Lima, del total de la población que reconoce haber tenido problemas de salud mental, solo el 24,5% tuvo acceso a servicios de salud; y en la Sierra y Selva solo el 13,9% y 14,3% respectivamente. Asimismo, se ha detectado que no hay un diagnóstico adecuado y manejo integral de estos problemas, a lo que se añade el limitado acceso a medicamentos, sobre todo en los casos de enfermedades mentales que producen discapacidad⁴⁵.

Por otro lado, los estudios de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento realizados en Lima, sierra y selva, por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”⁴⁶, señalan que por lo menos un tercio de la población del Perú ha sufrido a lo largo de su vida de algún trastorno mental. En los mismos estudios, también se encontró que la depresión y la ansiedad, constituyen los dos trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia.

Un indicador importante de salud mental, es la tasa de conducta suicida. A nivel internacional se reporta que dos tercios de pacientes con depresión tienen en algún momento en el curso de la enfermedad ideas, impulsos o intentos suicidas, y del 10 al 15 % se suicidan. En los estudios realizados por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” ya citados, se reporta que por lo menos un tercio de la población del país encuestada ha presentado deseos de morir en algún momento de su vida. También, se reporta que constituye un problema preocupante de salud mental en nuestro país el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Los estudios llevados a cabo por CEDRO⁴⁷ reporta que las sustancias psicoactivas más consumidas son las denominadas drogas sociales

⁴⁵ MINSA. Plan Nacional de Salud Mental. Resolución Ministerial No 943-2006/MINSA

⁴⁶ INSTITUTO DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI” Estudio epidemiológico de Salud Mental. 2004

⁴⁷ CEDRO. Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2007 Monografía N° 25, Lima: CEDRO, 2008

como el alcohol y tabaco; seguido de los fármacos de uso médico y/o industriales (tranquilizantes, hipnóticos, analgésicos y solventes volátiles), seguido en frecuencia por sustancias psicoactivas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, éxtasis y otros). CEDRO señala que la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas no ha disminuido, se mantiene y en algunas de ellas se ha incrementado y considera que la marihuana es la droga ilegal más consumida.

Otro indicador de salud mental en el país lo constituye las diversas formas de violencia. Se encuentran elevadas tasas de prevalencia de violencia contra mujeres, niños, niñas y personas adultas mayores, y elevadas tasas de abuso o maltrato hacia la mujer ocasionado por su pareja.

Por su parte en ENDES (2004)⁴⁸, reporta que solo el 11% de las mujeres con pareja reportó maltrato físico, y el 35% reportó otras formas de violencia durante la relación de convivencia, el 10% reportaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, y del total de mujeres con hijos el 14,8% informó haber sido víctimas de violencia física durante la gestación en Lima y 27,6% en la ciudad del Cusco.

2.5.SALUD MENTAL EN EL CALLAO

Los estudios relacionados a la problemática de salud mental del Callao generalmente están reportados juntos con Lima, dado que geográficamente se encuentran colindantes y tienen generalmente un perfil social y económico muy parecidos.

De acuerdo a Saavedra⁴⁹, la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno por abuso o dependencia de alcohol. Asimismo se

⁴⁸ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI, 2004

⁴⁹ SAAVEDRA Javier. Situación de la salud mental en el Perú. Lima. 2004

reporta que la pobreza muestra una asociación importante con la presencia de trastornos psiquiátricos en el Callao .

En Lima y Callao⁵⁰ solo una de cada diez personas con algún trastorno psiquiátrico recibió atención médica, sin embargo más del 50% de estas personas carecía de conciencia de sus problemas de salud mental o no reconocía estos problemas , principalmente las personas con trastornos de ansiedad. La mayoría de los pacientes no acuden a establecimientos de salud especializados, sino acuden a centros de salud u hospitales generales, ya que hay mucho prejuicio social en relación al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad mental.

Según información recogida del “Plan Regional por la Niñez y Adolescencia de la Región Callao 2008-2011”⁵¹, el problema de la violencia aunada a la agresividad en los adolescentes y jóvenes, es componente de una crisis social y constituye uno de los problemas que preocupan a las familias ,docentes y autoridades de la Región , y la falta de un oportuno abordaje y tratamiento se traduce en alta prevalencia de fracaso escolar, deserción escolar y conducta disocial.

Según un estudio realizado por la Dirección Nacional de Participación Ciudadana de la Policía Nacional del Perú, sobre pandillaje a nivel de Lima Metropolitana, el 32.54% de los adolescentes y jóvenes que forman parte de las pandillas juveniles consume alcohol, el 28.4% tabaco, el 9.3% consume pasta básica de cocaína, el 9.02% marihuana y el 7.39% cocaína. Gran porcentaje de los casos de violencia juvenil se realizan cuando

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO. Plan Regional por la Niñez y Adolescencia de la Región Callao 2008-2011.GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO,2008

los jóvenes pandilleros se encuentran bajo los efectos de sustancias psicoactivas como alcohol y/o drogas ilegales. También se señala que los jóvenes pandilleros forman parte de la microcomercialización de sustancias psicoactivas ilegales.

Según información proporcionada por la Dirección de Salud I Callao, en Lima Metropolitana y Callao existe un total de 125 bolsones de extrema pobreza y 83 de ellos se ubican en la Región Callao, representando el 66.4% del total.

Respecto al consumo de drogas en el Callao, de acuerdo a los resultados recogidos en el diagnóstico realizado por DEVIDA (2009)⁵², la población atendida por consumo de sustancias psicoactivas en las redes de salud de la Región de Salud Callao se ubica principalmente en el grupo de adultos jóvenes (entre 20 y 49 años de edad), en una proporción de 3 varones por 1 mujer. En el año 2009 se atendieron un total de 13,750 casos de salud mental y 485 casos fueron por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales.

Por otro lado, según datos del HIS del MINSA, en el 2008 del total de consultas externas (20,682) registrados en la Región Callao, el 4.7% (965) correspondieron a casos de trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales.

DEVIDA (2006)⁵³, en el estudio realizado a nivel nacional, denominado "Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2005", presenta resultados de una encuesta que

⁵² DEVIDA (2009). Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogassintéticas en la población universitaria. Lima: CAN-Proyecto DROSICAN-Unión Europea.

⁵³ OBSERVATORIO PERUANO DE DROGAS-DEVIDA. "Información Estadística sobre Drogas en el Perú," Lima, Perú, pp. 77.,2006

incluyó a estudiantes de educación secundaria de la Región Callao reportándose que seis de cada diez adolescentes estudiantes había consumido alguna droga legal en algún momento de su vida y uno de cada dos lo había consumido en el último año. La marihuana era la droga ilegal de mayor incidencia, seguido por los inhalantes, cocaína, pasta básica de cocaína y éxtasis.

En el estudio⁵⁴ señalado, se reportó que el consumo de los tranquilizantes (fármacos de uso médico) era similar a la registrada por los inhalantes. La edad promedio de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas se ubicaba entre los 13 y los 14 años en todas las drogas, con excepción de la marihuana, cuya edad de inicio era después de los 14 años, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres.

2.6.ENFOQUES DE LA SALUD MENTAL

La salud mental tradicionalmente ha sido atendida desde un denominado enfoque “manicomial”. Las concepciones humanitarias de la salud mental posteriores a la segunda guerra mundial criticaron este modelo netamente psiquiátrico, dando una respuesta efectiva a las violaciones de los derechos humanos que se presentaban en el tratamiento de los enfermos mentales bajo el enfoque citado.

La crítica al modelo psiquiátrico “manicomial” para atender la problemática de salud mental se centró en cuatro ejes:

-eje ético-jurídico, que denuncia la violación sistemática de los derechos humanos ;

⁵⁴ *Ibid.*

- eje clínico, que señala la ineficacia terapéutica del hospital psiquiátrico y su rol entre lo patogénico y cronificante de la enfermedad mental;
- eje institucional ,que reprueba el carácter cerrado de la institución;
- eje sanitarista ,que señala que el modelo ,refleja las distorsiones del sistema de atención de la salud mental

Posteriormente emerge un modelo de atención de la salud mental de deshospitalización que plantea el desarrollo de servicios alternativos de salud mental de tipo ambulatorio y base comunitaria , bajo el impulso y enfoque del modelo de atención primaria promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la Declaración de Alma Ata del año 1978 ,que ofreció una base teórica y práctica para avanzar en el terreno de la reforma de los servicios de salud mental.

Se produjo un cambio en el paradigma de la atención en salud mental ,de una visión curativa de atención al trastorno mental a un modelo integral de orientación comunitaria , que contemplaba la implementación de políticas de Estado bajo este enfoque .

La estrategia de atención primaria de salud que busca atender los problemas de salud de la comunidad con su participación activa, es promovida e impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La atención de los problemas de salud mental en América Latina y el Caribe ha enfrentado severas limitaciones por la falta de consideraciones de la relevancia del tema de la salud mental ,dentro de las prioridades de salud de los países a nivel de políticas de Estado.

La “Declaración de Caracas: Restructuración de la atención psiquiátrica en América Latina ” de 1990, adoptada por la Conferencia sobre la Restructuración de la atención psiquiátrica

en América Latina convocada por la OMS y OPS⁵⁵ señaló que la atención tradicional de los problemas de salud mental centrada en el hospital psiquiátrico no permitía alcanzar los objetivos de atención de la salud mental ,y proponía modificar el modelo de atención asegurando el respeto a los Derechos Humanos de los pacientes, y propiciando una atención de salud mental con participación comunitaria, descentralizada, integral ,continua y con énfasis en acciones preventivas.

En el año 2001 ,con el objetivo de impulsar cambios propuestos en años anteriores, la OPS/OMS⁵⁶ invocó a los Estados Miembros a implementar programas de salud mental a nivel nacional; reorientar los servicios de salud mental de los hospitales a servicios comunitarios, establecer acciones de control de los trastornos afectivos, epilepsias y psicosis; fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez; incrementar los presupuestos para programas de formación en salud mental ;y actualizar la legislación y normatividad para la protección de los derechos humanos de los pacientes.

Posteriormente ,en el año 2005 , se realiza en Brasil la “Conferencia Regional para la reforma de los servicios de salud mental :15 años después de la Declaración de Caracas⁵⁷” ,en el que se plantea nuevos retos para los servicios de salud mental ,en el que se debe considerar aspectos técnicos y culturales como la vulnerabilidad psicosocial de las poblaciones migrantes de las grandes ciudades, el aumento de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia ,el incremento de medidas de prevención de conductas suicidas y abuso del alcohol, la participación activa de

⁵⁵ OPS.2010.Salud mental en la comunidad. *Op. Cit.* pp. 6

⁵⁶ OPS/OMS. Resolución CD43.R10.Salud Mental .Washington,DC,2001.

⁵⁷RODRIGUEZ Jorge. La reforma de los servicios de salud mental :15 años después de la Declaración de Caracas.Washington:OPS,2007,

los servicios de salud mental en la prevención de las diferentes modalidades de violencia social.

Posteriormente, en el año 2007 ,en el Informe de la OPS/OMS “Salud de las Américas 2007“ se señala que casi el 73% de los países de la Región poseen políticas explícitas de salud mental pero el reto es la implementación real y efectiva de políticas y planes de salud mental. Asimismo el informe reporta que el 75% de países poseen legislación específica pero no está actualizada y adecuada a la realidad⁵⁸.

Al respecto ,es importante subrayar que tal reto sigue vigente, por cuanto, gran cantidad de países como el nuestro cuenta con normatividad y planes congruentes con lo propuesto por la OMS ,sin embargo ,la dificultad estriba en la implementación real y en la gestión eficiente de los mismos, tarea de gran significación para la gerencia social.

Se vuelve a reiterar en el informe⁵⁹ que a nivel mundial la salud mental no está suficientemente financiada sobre todo en los países en desarrollo. En América latina y el Caribe los trastornos mentales constituyen el 22% de la carga general de la morbilidad ,sin embargo , el presupuesto dedicado a la salud mental es insuficiente. A nivel general ,en varios países el presupuesto corresponde sólo al 1% del presupuesto total para salud como sucede en El Salvador ,Guatemala y Nicaragua ; invirtiéndose principalmente el 90% en hospitales psiquiátricos, limitándose así el desarrollo de modelos alternativos de salud mental comunitarios.

⁵⁸OPS/OMS” Salud en las Américas 2007.Publicación científica y técnica. No 622.Vol I pp. 142-3Salud Mental .Washington,,2007

⁵⁹ *Ibid.*

Otra forma de evaluar la respuesta de los sistemas de salud es a través de la cantidad de profesionales especializados disponibles. A nivel de América hay 2 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, mientras que en Europa 10 por cada 100,000 habitantes. En relación a la disponibilidad de psicólogos en Europa y América es de 3,1 y 2,8 por cada 100,000 habitantes respectivamente⁶⁰.

La OMS ⁶¹ señala la necesidad de reducir la carga de los trastornos mentales a través de la implementación del tratamiento de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención; garantizar la disponibilidad de psicofármacos; ofrecer atención a nivel de comunidad; información y educación oportuna a la población; involucramiento activo de la familia, comunidad; establecer políticas y programas de salud mental; capacitación de recursos humanos; articulación intersectorial; promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de los trastornos mentales y del comportamiento como los inadecuados entornos familiares y los malos tratos, impulsar la investigación en el área de la salud mental; y facilitar la supervisión y evaluación de los programas de salud mental.

Pero, es importante subrayar que no es suficiente trazar planes de salud mental como informa la OPS⁶² y como expresamos anteriormente sino lo que hay que garantizar es la implementación efectiva y eficiente de los mismos.

Posteriormente, en el año 2009, la OPS-OMS en su sesión de setiembre del 2009, aprobó la «Estrategia y Plan de Acción en

⁶⁰ World Health Organization. Mental Health Atlas-2005. Geneva, OMS, 2005

⁶¹ Informe Mundial de Salud 2001

⁶² OPS. Salud de las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica No 622, Vol I, pp. 142-3. OPS/OMS. Washington, DC, 2007

Salud Mental»⁶³, la cual constituye un hecho de gran trascendencia en el que los ministros de salud de todos los países de América , aprobaron un programa de trabajo para mejorar la atención de la salud mental de la población de los países miembros. La Estrategia y Plan de Acción recoge la experiencia alcanzada en la región y refleja un compromiso de carácter técnico y político. Se plantea como propósito, fortalecer la respuesta integrada del sector de la salud a través de la ejecución de planes pertinentes de promoción y de prevención de la salud mental, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y por abuso de sustancias, fundamentados en evidencias científicas . El Plan de Acción Regional⁶⁴ planteado comprende cinco Áreas Estratégicas:

1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental.
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales , con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez.
3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud, considerando las prioridades y ejecución de las intervenciones.
4. Fortalecimiento de los recursos humanos.
5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

2.7.PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO MUNDIAL

Al respecto ,revisaremos fundamentalmente experiencias latinoamericanas por cuanto se asemejan a la realidad peruana.

⁶³ PAHO. Strategy and Plan of Action on Mental Health .Washington USA,2009.

⁶⁴ *Ibid.*

En la década del 90 en Chile⁶⁵ se reemplazó el modelo basado en consultorios por el de Centros de Salud, y se modificó el tradicional enfoque biomédico por el enfoque biopsicosocial, de abordaje integral y asimilación de conceptos de atención primaria de salud(APS).

En Chile⁶⁶ el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, promovió el financiamiento e inversión en nuevos recursos, la reconversión de los recursos y de los servicios tradicionales de psiquiatría. Además, dicho Plan apoyó la gestión de las redes locales de salud mental a través de la formulación precisa de objetivos y el planteamiento de medidas eficaces. Igualmente el plan promovió que las innovaciones se adecúen a los recursos y características socioculturales de cada localidad.

El nuevo modelo de atención de salud mental y psiquiatría en Chile se incorporó en el sistema público de salud chileno, ya que pasó a formar parte de los objetivos sanitarios nacionales, y de las metas del proceso de reforma del sistema de salud chileno. A ello, se sumaron también la adopción y aplicación de mecanismos financieros adecuados, la implementación y ejecución de un sistema de información específico para la salud mental, el significativo aporte de los programas de salud mental de los 28 servicios de salud del país sureño, y la intervención en la atención de equipos multidisciplinarios.

⁶⁵ GOLDEMBERG, Judith; MOLINA, María. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Revista Panamericana Salud Pública.22(3).pp149-159,2007.

⁶⁶ MINOLETTI Alberto y ZACCARIA Alessandra. Plan Nacional de Salud Mental en Chile:10 años de experiencia. Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005

Se evidenció en la experiencia de salud mental de Chile , la insuficiente formación en el campo de salud mental y psiquiatría de los profesionales egresados de las instituciones formadoras de recursos humanos , en relación con el modelo comunitario, lo cual generó la necesidad que los técnicos y profesionales que se incorporaron al sistema de salud público de salud sean capacitados en los mismos servicios en habilidades y destrezas necesarias ,ya que carecían de las características y capacidades para satisfacer las necesidades de los usuarios.

Una de las debilidades relevantes del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del modelo de salud mental en Chile , fue el no haber previsto la implementación de una estructura orientada al desarrollo de recursos humanos especializados, así como promover incentivos a los que voluntariamente laboraban con el nuevo modelo de atención de salud mental implementado.

El análisis de los indicadores reportó que los pacientes del sector público de salud en Chile tenían más acceso a los servicios de salud mental que antes de la implementación del nuevo modelo de atención de la salud mental en forma comunitaria, incrementándose de este modo la cobertura sanitaria y calidad de los servicios . Las mejoras se dieron en forma integral, tanto en los servicios de atención primaria como en los servicios especializados. El nuevo modelo de atención de salud mental utilizaba intervenciones farmacológicas y psicosociales con acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, en base a un intenso trabajo integrado por equipos multidisciplinarios. Otro resultado relevante fue el alto nivel de cooperación que se produjo entre el sector salud y otros sectores de la sociedad, lo que refleja el impacto del cambio del modelo biomédico a un modelo comunitario de salud mental con participación activa de la comunidad.

En el modelo biomédico clásico sustentado en consultorios hospitalarios , las intervenciones estaban basadas principalmente solo en el tratamiento de los trastornos dejando de lado otras acciones .En Chile en la población mayor de 15 años ,1 de cada cuatro personas padecía de un trastorno mental, y aproximadamente el 50% de las personas que se atendían en un centro de salud tenían trastornos emocionales⁶⁷.

A partir del diagnóstico anterior se contrataron psicólogos para los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) en Chile. Asimismo, se ejecutaron reformas sanitarias en relación con la salud mental culminando el año 2000 con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que formaba parte del Plan Nacional de Salud ,el cual tenía un enfoque biopsicosocial basado en el establecimiento y organización de redes de salud mental con servicios comunitarios , ambulatorios y hospitalarios.

En el plan de salud mental chileno se priorizó las acciones de promoción y prevención en salud mental. Los problemas de salud mental en Chile se caracterizaban por una alta prevalencia de trastornos mentales asociados con diversas formas de violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política), trastornos por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes, alta prevalencia de depresión, presencia de enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia, trastorno de dependencia por abuso del alcohol y drogas⁶⁸

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ República de Chile, Ministerio de Salud .Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Documento técnico. Santiago de Chile:MINSAL;2000

Las acciones de promoción y prevención en salud mental estuvieron a cargo de psicólogos y otros profesionales de salud, y comprendían actividades de psicoeducación, apoyo emocional, rehabilitación social y laboral, y estaban orientadas a la prevención y tratamiento complementario de los problemas de salud mental. Un componente fundamental del modelo era la formación de equipos multidisciplinarios para el abordaje de los problemas de salud mental.

En el 2004, se realizó en Chile una evaluación del impacto del programa de salud mental, en el que se concluyó que en la mayoría de consultorios de atención primaria de salud (APS) y centros de salud ya se había implementado el programa de salud mental con un responsable. En el programa de salud mental se especificaba el horario de los profesionales (enfermeras, técnicos de enfermería, psicólogos, médicos generales y otros profesionales de salud mental), pero la conformación de los equipos de profesionales se modificaba muchas veces por decisión municipal. Por otro lado, la evaluación del programa de salud mental reportó un bajo nivel de registro de actividades realizadas por los psicólogos, no pudiéndose precisar las tareas específicas de estos profesionales. En la evaluación se carecía de información relacionada con el cumplimiento de tareas para los integrantes del equipo de salud mental.

Contrario a lo planteado por el programa de salud mental chileno, los psicólogos del nivel de Atención Primaria de Salud gastaban en la mayor parte de su jornada laboral a desarrollar actividades asistenciales de tipo personal en perjuicio de intervenciones

comunitarias orientadas a fortalecer los factores protectores de salud mental⁶⁹.

En el mencionado estudio⁷⁰ se describe que las habilidades sociales de mayor importancia de los psicólogos y profesionales de salud para trabajar en APS fueron la empatía, el autocontrol emocional, la capacidad de comunicación y la asertividad.

Los sistemas nacionales de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua⁷¹ presentaron significativas limitaciones en la atención primaria, así como un insuficiente número de recursos humanos debidamente capacitados. El presupuesto dedicado a la salud mental, representaba cerca del 1% del presupuesto general de salud, y los hospitales psiquiátricos ubicados en la capital de los países consumían más del 90% de los presupuestos de salud mental⁷². Se constató la necesidad de establecer coordinaciones con los abogados procuradores de los derechos humanos para aumentar la vigilancia y protección de los derechos humanos en las personas afectadas por trastornos mentales.

En Nicaragua, se constató que no existían de modo explícito políticas nacionales de salud mental. No había legislación específica en el ámbito de salud mental. En El Salvador existían planes nacionales de salud mental actualizados hasta el 2005. En

⁶⁹ SCHARAGER, Judith; MOLINA, María. "El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;22(3):pp.158

⁷⁰ SCHARAGER, Judith; MOLINA, María. *Op. Cit.*

⁷¹ RODRIGUEZ, Jorge; BARRETT, Thomas; NARVAEZ, Silvia; CALDAS, José. "Sistemas de salud mental en el Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS". *Revista Panamericana Salud Pública*. 2007;22(5):348-57 pp.348-356.

⁷² RODRIGUEZ, Jorge; BARRETT, Thomas; NARVAEZ, Silvia; CALDAS, José. *Op. Cit.*

los países precitados no se alcanzaban el presupuesto recomendado que debería ser de 5 % y 15%.

En Guatemala se constató que el plan nacional de salud no fue revisado desde el año 1997. No existía legislación específica en el ámbito de salud mental concordante con los estándares internacionales.

En Bolivia⁷³ no se había implementado un plan nacional de salud mental y el Sistema Nacional de Información en salud no registraba los índices de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales. Se constataba en los servicios de atención primaria de salud, la ausencia de protocolos que normaran la atención de los trastornos de salud mental. Asimismo, no se reportó centros de referencia para los pacientes, no se tenía personal especializado en el primer nivel de atención, encontrándose también falta de cooperación del paciente, carencia de medicamentos, falta de competencias idóneas del personal y ausencia de un sistema de contrarreferencia. El personal médico refería a los pacientes a un nivel superior y opinaba de manera enfática que los pacientes con trastornos de salud mental deberían ser atendidos en el tercer nivel y de ningún modo en el primer nivel de atención.

En Brasil⁷⁴ se reportó la existencia de participación activa en la implementación de una política nacional de salud mental, a través de la implementación de los Centros de Atención Psicosocial y el Programa Vuelta a Casa.

⁷³ CAMACHO, C.; CABALLERO, D. y VENEGAS, F. .Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. Revista Panamericana Salud Pública.25(6):511-517,2009.

⁷⁴ RODRIGUEZ, Jorge .Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. En Revista de Psiquiatría Uruguay 2011 Volumen 75(2) 86-96

En Cuba ,hay una extensa red de servicios de salud mental, destacándose principalmente los Centros Comunitarios de Salud Mental.

En Panamá, se ejecutó una reforma de los servicios de salud mental ,en forma progresiva pero muy efectiva, convirtiéndose el antiguo hospital psiquiátrico nacional que contaba con más de 1.000 camas, en el Instituto de Salud Mental con menos de 200 camas.

En Belice ,a nivel distrital existía una Red de servicios de salud mental, a cargo de enfermeras especializadas, debidamente capacitadas en salud mental.

Desde el año 2008 en Colombia , en la ciudad de Medellín⁷⁵ se cuenta con un plan de salud mental, el cual se ha ido adaptando a las necesidades del contexto comunitario , concordante con las exigencias del Ministerio de la Protección Social y la normatividad de salud mental. El referido Plan integra acciones tanto de salud mental como las actividades del Plan de adicciones. En dicha ciudad anteriormente se venían trabajando de manera desarticulada.

La política de salud mental y adicciones de la ciudad de Medellín, y el Plan Municipal de Salud Mental y Adicciones, tienen los siguientes ejes para su operativización⁷⁶ :

- Promoción de la Salud Mental y calidad de vida.

⁷⁵Alcaldía de Medellín.2009.Plan de salud mental Secretaría de Salud

⁷⁶ Ibid

- Prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales y/o del comportamiento.
- Atención y rehabilitación de los trastornos mentales y/o del comportamiento, adicciones y problemas psicosociales.
- Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- Mejoramiento de la capacidad de respuesta.

De igual modo las líneas de intervención fueron las siguientes⁷⁷ :

- Violencias y otros problemas psicosociales.
- Consumo de sustancias psicoactivas, ludopatías y otras adicciones.
- Trastornos mentales y/o del comportamiento.

Se reporta que en Colombia, el 30% de su población sufre de algún trastorno mental o afectivo, constituyendo gran parte de la morbimortalidad, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos, los trastornos del sueño y trastornos de dependencia de sustancias psicoactivas. En el nivel primario, se ejecuta la estrategia en unidades de la red pública de servicios de salud del Municipio de Medellín, mediante un modelo que integra la participación comunitaria y la atención integral, con la finalidad de mejorar la oportunidad, calidad y cobertura de detección y tratamiento oportuno de los trastornos mentales y del comportamiento.

La OPS y la OMS han colaborado con los países de América Latina y el Caribe en la evaluación de sus sistemas de salud mental, encontrando principalmente los siguientes problemas descritos por Rodríguez⁷⁸:

⁷⁷ Alcaldía de Medellín. 2009. Plan de salud mental Secretaría de Salud

⁷⁸ Rodríguez, *Op.Cit.*

- Persisten limitaciones para el acceso a los servicios de salud mental. Hay escasa o nula descentralización de los servicios de salud mental y en zonas rurales no se prestan los servicios de salud mental , lo que trae como consecuencia una baja cobertura que afecta principalmente a los grupos más vulnerables y pobres.
- La capacidad resolutive del primer nivel de atención es muy limitada en los problemas de salud mental,.
- Hay escasez de recursos humanos y financieros para la salud mental , y una inadecuada distribución del potencial humano.
- Existe inadecuada distribución de camas para pacientes con trastornos psiquiátricos, concentrándose mayormente en los hospitales psiquiátricos.
- Falta de disponibilidad de psicofármacos en servicios ambulatorios y en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS). Los pacientes con trastornos mentales no acceden a los medicamentos por los altos costos y bajos ingresos.
- En los países de América Latina y el Caribe hay escasas intervenciones integrales de tipo psicosocial, consejería o psicoterapéutica.
- El modelo de atención de la salud mental , es principalmente curativo, con escasas actividades de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales .

En conclusión , la situación de la salud mental en las Américas⁷⁹ se caracterizaba porque el 25% de los países no tenía planes específicos de salud mental, 28% no tenían presupuesto independiente para la salud mental, el 41% de los países no disponía de centros de salud para el tratamiento de los trastornos mentales graves en el nivel de atención primaria y el 37% de los países no contaban con centros de atención primaria .

2.8. INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL TEMA

Un aspecto importante es explorar la salud mental de los profesionales de salud a cargo de los programas de salud mental .Sobre el particular Gil Monte y Peiró ⁸⁰ señalan que existen un conjunto de factores psicosociales que repercuten en la salud mental de los profesionales operadores de los programas de salud mental, como es la sobrecarga de trabajo por la escasez de recursos humanos , horario laboral en turnos inadecuados , manejo de pacientes problemáticos; abordaje directo con la enfermedad, el dolor y la muerte; ausencia de especificidad de las funciones del personal , lo que genera confusión de roles; carencia de autonomía y autoridad en el ambiente laboral para poder tomar decisiones; implementación de nueva tecnología de información y comunicación ; el tipo de formación profesional , clima laboral, funciones del puesto, rasgos de personalidad, entre otras.

En muchas entidades que prestan servicios de atención mental , en los trabajadores que laboran en dichos servicios se presentan condiciones que favorecen el estrés como : la atención en lugares inadecuados , condiciones climáticas inadecuadas como frío o calor excesivos, la falta de disponibilidad de equipos de

⁷⁹ OMS/OPS. Proyecto Atlas. Reformulación de la Salud Mental en las Américas.

⁸⁰ GIL-MONTE,P; PEIRÓ,JM.Factores salud mental en profesionales, Madrid, 1997

informática que posibiliten simplificar procesos. Asimismo, son fuentes de estrés para los operadores la ausencia de normatividad idónea

Otra fuente de estrés laboral es la falta de normas claras para el desempeño, el nivel de exigencia de algunos profesionales por buscar la excelencia.

Es común que los pacientes vengan cargados con diversas emociones y sentimientos, tales como la preocupación, miedo, desesperación, que los trabajadores del servicio de salud mental deben manejar estrategias para afrontarlos y evitar sobrecargarse,

En la misma línea de investigación García⁸¹ sostiene que la inseguridad laboral es un predictor estadístico importante de los niveles de salud mental. Asimismo, citando a Hellgren y Sverke; afirma que diversos estudios han mostrado evidencia empírica que la inseguridad laboral antecede a la aparición de problemas de salud mental.

También es importante valorar el impacto de la violencia intrafamiliar explorado por Rodríguez⁸², quien realizó un trabajo descriptivo para conocer el impacto de la violencia intrafamiliar (VIF) en la salud mental del niño y del adolescente. Se reportó un alto índice de VIF (62.3%), siendo las amas de casa las que más ejercieron violencia. La violencia psicológica fue la más prevalente (89.5%). La violencia verbal se presentó en el 100% en los casos

⁸¹ GARCIA, Arturo.(2004).Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. Revista Ciencia & Trabajo. Año 6 No14.Octubre Diciembre. Rev Chilena Pediatría 75 (5); 425-433, 2004

⁸² RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Iris, TORRES LUGO Dinorah, La violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental del niño y del adolescente. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 2007, 7(1)Cuba

de VIF. La inseguridad, la evasividad y los trastornos del sueño fueron los trastornos más comunes a consecuencia de la VIF .

En el mismo contexto Haquin y colaboradores ⁸³ encontraron que los factores de riesgo para la salud mental en niños y adolescentes predominantes fueron : la falta de habilidades sociales y sensación de pertenencia al grupo, bajo autoconcepto /autoestima y hogar disfuncional. Se describen que los factores protectores de la salud mental más frecuentes son : tener expectativas en el futuro, no como consumo de sustancias psicoactivas , ausencia de maltrato familiar..

En el estudio de Haquin y colaboradores ,se reporta que la ideación suicida oscilaba entre el 6,4% al 14,6% .El 18% de los entrevistados había cometido uno o más intento de suicidio. En conclusión ,los autores señalan que la familia y la escuela constituyen medios de intervención para promover factores protectores o disminuir factores de riesgo en la salud mental de los niños y adolescentes.

Es importante, asimismo explorar la salud mental de contextos rurales como el estudio realizado por Martin ⁸⁴ , en el que reportó 28.6% de trastornos mentales en zonas rurales. Los trastornos mentales más frecuentes en la población rural fueron los trastornos de ansiedad con un 13.6%, seguidos de los trastornos afectivos con un 8.57% , alcoholismo con un 6.12% y distimia con un 4,08% . El autor sostiene que existe una tendencia al incremento en las tasas de prevalencia de trastornos mentales en la comunidad. Anualmente la prevalencia sube en promedio un 0.29%. Los

⁸³ HAQUIN Carlos, LARRAGUIBEL Marcela, CABEZAS Jorge. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama,2006

⁸⁴ MARTIN PEREZ, Carlos. "Prevalencia y atención a trastornos mentales en la comunidad rural" Tesis Doctoral. Universidad de Granada. pp. 150-156

trastornos mentales se asocian a una dinámica familiar inadecuada o a una falta de apoyo social bajo, mala auto percepción de la salud. Se encontró asimismo en el estudio que las mujeres eran el grupo con mayor cantidad de trastornos neuróticos y los hombres menores de 55 años con mayor consumo de sustancias psicoactivas.

Otro aspecto importante era establecer algunas diferencias entre la problemática de salud mental entre hombres y mujeres. Al respecto Elgorriaga ⁸⁵ en su estudio encontró que las dificultades psicosociales en la población femenina eran menores con respecto a los hombres. Las mujeres se adaptan mejor al ámbito laboral, por sus mayores capacidades comunicativas y empáticas. El autor sostiene que las mujeres demandan mayor asistencia psicológica, por padecer mayor sintomatología y por su facilidad de exteriorizar sus emociones.

Elgorriaga concluye, en el estudio señalado, que las mujeres tienen mejores habilidades sociales que los hombres, muestran más empatía y utilizan la comunicación como el medio ideal para desarrollar y mantener relaciones sociales.

En la línea de investigación sobre la problemática de salud mental en Latinoamérica Tovar⁸⁶ afirma que las enfermedades mentales se han incrementado en Latinoamérica, ante lo cual la OMS y la

⁸⁵ ELGORRIAGA ASTONDOA, Eudurne. "Ajuste Psicológico y Salud Mental de la población inmigrante: Influencia del Género y la Cultura". Tesis doctoral. Facultad de psicología. Universidad del país Vasco. Donostia-San Sebastián, 2011, pp. 343-352

⁸⁶ TOVAR, Alberto. "Estrategias de Acción Social para la Prevención y Promoción de la salud Mental. Caso: Hospital Psiquiátrico "El Peñón", Municipio Baruta, Estado Miranda año 2009". Licenciado en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Junio 2011, pp. 142-146

OPS proponen que la mejor medida para disminuir la aparición de las mismas, es la Prevención y Promoción de la Salud Mental.

En un trabajo con personal que atiende problemas de salud mental Moll⁸⁷ encontró diferencias en las percepciones de salud mental entre trabajadores sanitarios, hallando que los que trabajaban en Consultorios Externos, priorizaban las características y recursos personales del paciente, mientras que los trabajadores de “Salud Mental Comunitaria”, enfatizaban el contexto a donde pertenecía el paciente; la enfermedad mental era asociada principalmente a los trastornos psicóticos y trastornos crónicos, dejando de lado los trastornos depresivos y ansiosos. Prevalen las ideas de locura y enfermedad común, que estigmatizan la enfermedad mental. Los trabajadores tendían a diferenciarse de quienes sufren trastornos mentales, estableciendo fronteras entre “los saludables” y “los enfermos”, entre “nosotros” y ellos”, en un intento por alejarse y evitar la identificación y el involucramiento. Para superar la enfermedad mental creen que es importante la integración a la dinámica familiar, terapia recreativa y ocupacional.

Se verificó en el estudio que los pacientes que sufrían de trastornos de salud mental carecían de apoyo en acciones de rehabilitación debido a la ausencia de políticas laborales.

Asimismo Moll encontró propuestas de los trabajadores para implementar campañas orientadas a informar y educar a quienes sufren enfermedades mentales, a sus familiares y a la sociedad en general.

⁸⁷ MOLL LEÓN, Sarah. “Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana”. Facultad de letras y ciencias humanas. Pontificia universidad Católica del Perú. LIMA- PERÚ 2009 p.54.

Al respecto Moll , en el estudio descrito, reafirma que la situación de pobreza no solo se vincula al limitado acceso a servicios especializados, sino que se encuentra asociada al surgimiento y prevalencia de los problemas de salud mental.

Varios trabajos han señalado la importancia del trabajo en prevención primaria en salud mental como García⁸⁸ que subraya que la salud mental es un problema social que requiere el trabajo de prevención primaria y no de tareas de carácter paliativo como se observa actualmente en la mayoría de las instituciones psiquiátricas y asistenciales. Para el autor es urgente abordar los problemas de salud mental, tal como el fenómeno de la farmacodependencia ,de manera que permita en todo y cada uno de los sujetos la adaptación activa, consciente y tendiente a participar en procesos de transformación social.

Hay un inadecuado abordaje de la dependencia por sustancias psicoactivas como sostiene García ⁸⁹ cuando afirma que se debe modificar la concepción actual de la farmacodependencia, ya que habitualmente a estos pacientes se les margina y se les rechaza porque no se entiende este trastorno mental, de ahí la importancia de educar a la comunidad comprender los problemas de salud mental.

El impacto de la violencia en la pareja es descrito por Sanchez Lorente⁹⁰ en un estudio, donde señala que la violencia de pareja

⁸⁸ GARCÍA SAGREDO, Lourenzano. MARTÍNEZ GARCÍA, Daniel. SAGREDO DOMÍNGUEZ, Luis Marcos. "Estrategias de atención a la farmacodependencia como un problema de salud mental". Licenciado en trabajo social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Veracruzana. Noviembre de 1997,p.120

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ SÁNCHEZ LORENTE, Segunda. Departamento de Psicobiología. "Estudio longitudinal de impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las

que sufren las mujeres tienen efectos psicológicos duraderos que puede ser revertido parcialmente con apoyo social. De igual modo, el autor señala que el mantenimiento de la violencia psicológica no impide la recuperación del sistema inmunológico.

La visión patogénica de la salud mental por parte de los trabajadores de programas de salud mental puede cambiar de acuerdo a Zubieta⁹¹ cuando se realizan actividades de reflexión acerca de sus experiencias dentro de la entidad realizando interaprendizajes. Un enfoque integral coadyuva a dejar atrás la visión patogénica de los trastornos mentales. Resulta indispensable este enfoque integral para implementar un sistema de atención de salud mental (SM) con base comunitaria, para ello es necesario propiciar mayores escenarios de reflexión (sociedad, trabajadores y administradores) donde se establezcan las acciones para transitar a una visión de la atención de SM más preventiva, con fuerte enfoque para la promoción de la Salud Mental.

En ese mismo contexto Azofeifa⁹² muestra la propuesta de un programa de salud mental para el personal de enfermería de un Hospital Nacional Psiquiátrico, que buscaba mejorar la calidad de vida de la población objeto de estudio y beneficiar la prestación de servicios de salud mental para las enfermeras. Se encontró que la mayoría de enfermeras se hallaban en un nivel de Burnout bajo;

mujeres”. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia, Mayo de 2009, pp.193-196.

⁹¹ ZUBIETA VARGAS, Francisco Antonio. “Programas de Salud Mental: en la mira de los actores sociales”. Maestro en Salud Pública. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz 25 de enero de 2008, pp.207-212.

⁹² AZOFEIFA PEREIRA, Lucila. “Propuesta de un Programa de Salud Mental para el personal de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico”. Magister en Gerencia de la Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública. San José, Costa Rica. Febrero, 2008.p.71

sin embargo, existía un grupo importante que se ubicaba en los niveles que oscilaban entre medio y alto.

Azofeifa, en el estudio descrito, encontró que un alto porcentaje de las participantes enfermeras (68,6 %) afirmaban no haber tenido incapacidades por problemas de salud mental, sin embargo, la gerencia del centro de salud consideraba como parte de los inconvenientes con la salud mental cuando el personal de enfermería tenía mucho ausentismo y problemas de disciplina, por lo tanto, creían importante incentivar en este grupo de profesionales, la motivación, estilos de vida saludables, utilización del tiempo libre y sobre todo promoción y prevención en salud mental.

En el estudio de Azofeifa la gran mayoría de personal consideraba que el hospital debería brindar opciones de promoción y prevención de la salud mental; fomento de estilos de vida saludables, actividades recreativas y deportivas, entre otras.

2.9. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL EN EL PERU

A mediados del siglo XVI se fundó el Hospital de San Andrés, donde empezó a brindarse atención psiquiátrica en el Perú, dicho servicio recibiría posteriormente el nombre de "loquería".

La atención de los pacientes con trastornos mentales era deprimente, de tal modo, que eran encerrados en inmundos calabozos o sujetos con cadenas a los muros y sufrían el maltrato de guardianes convencidos de que la agresión era el mejor procedimiento para dominarlos, es así que a principios del siglo XIX, toda la atención para enfermos mentales en el país se limitaba

a las “loquerías” del Hospital de San Andrés (para varones) y del Hospital de Santa Ana (para mujeres).

Aparece en el devenir histórico la figura de José Casimiro Ulloa quién inició una reforma para el beneficio de los pacientes ,merced a la cual ,en 1859 se construye el Hospital de la Misericordia más conocido a la postre como Hospicio de Insanos o Manicomio del Cercado, a cuyas instalaciones fueron trasladados todos los internos de las “loquerías”, y en el que debían aplicarse los principios de un tratamiento humanitario.

Sin embargo ,la alta demanda de pacientes hizo que colapsara la atención en dicho hospital y un olvido de los principios fundacionales que llevó a la necesidad de otro cambio. Entonces ,en 1918 se abre el Asilo Colonia de la Magdalena, que recibió a todos los asilados del Manicomio del Cercado. Personalidades relevantes de la psiquiatría como Baltazar Caravedo Prado, Hermilio Valdizán Medrano y Sebastián Lorente Patrón y el filántropo Víctor Larco Herrera posibilitaron una asistencia médica renovada y el retorno a un trato humanitario.

El modelo centralista de la atención psiquiátrica en el hospital y la visión puramente asilar de las dolencias mentales, hicieron que el único hospital psiquiátrico Víctor Larco Herrera del país colapsara ,por la sobrepoblación y carencia de condiciones mínimas para la atención de los internos .

Posteriormente la aparición de servicios de psiquiatría en hospitales generales, la construcción del Hospital Hermilio Valdizán (en 1961) y del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (en 1982), significaron una importante contribución a la labor psiquiátrica nacional.

En la década del 90 del siglo XX, Mariano Querol intentó impulsar las propuesta de la Declaración de Caracas renovando el modelo de atención de la salud mental desde la Dirección de Salud Mental del MINSA pero se frustró al no ser ratificado en el cargo; y por otro lado, se da inicio al proceso de reestructuración, humanización y modernización del Hospital “Víctor Larco Herrera” impulsado por Enrique Bojórquez y Carlos Bromley, pero lamentablemente se frustra al no ser seguido y profundizado por las gestiones posteriores .

En la primera década del siglo XXI continuaba la aprobación de una serie de documentos normativos, que han significado avances importantes desde el punto de vista doctrinario; pero que han sido escasamente implementados, pues no han logrado ser prioritarios en el accionar del sector y tampoco han logrado financiación.

En lo concerniente a políticas y planes, en el 2004 se aprobaron los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental” y la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz”; y en el 2006 se aprobó el “Plan Nacional de Salud Mental” . De acuerdo a lo planteado en el Plan, el nuevo ROF del MINSA consideró en su estructura orgánica la Dirección Ejecutiva de Salud Mental ,cuyo responsable fue designado recién en noviembre del 2011.

El documento “Lineamientos para la Acción en Salud Mental”⁹³ aprobado con resolución Ministerial 075-2004/MINSA contiene una serie de avances, que incluyen los principios, objetivos y lineamientos de acción en salud mental. Dentro de los principios de acción que se reconoce para la acción en salud mental se encuentran el respeto irrestricto de los derechos de las personas,

⁹³ MINSA *Op.Cit.*

equidad, integralidad para el desarrollo sostenible, universalidad, responsabilidad compartida, y autonomía y dignidad.

Asimismo se plantea como objetivo institucionalizar el componente de salud mental como inherente y necesario dentro del enfoque integral de salud, contando para ello con un Órgano de Dirección de Salud Mental. De igual modo se tiene como objetivo garantizar el acceso equitativo y la cobertura de la atención y rehabilitación de los trastornos y problemas de salud mental prevalentes, con especial énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Se busca legitimar socialmente la importancia de la prevención y promoción en salud mental e institucionalizar espacios de concertación multisectorial en el Estado y con otros actores de la sociedad civil creando un sistema de información en salud mental, mejorando la calidad de la atención en salud mental .

Dentro de los lineamientos para la acción en salud mental se reconoce la importancia de la gestión y rectoría en salud mental, integrar la salud mental en la concepción de la salud, fortalecimiento de la prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental, promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía, concertación multisectorial ,creación de un sistema de información y desarrollo de los recursos humanos, planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de las acciones ,participación de usuarios y familiares en la prevención y atención.

Como vemos, los lineamientos para la acción en salud Mental recoge las pautas señalas por la OMS en el Informe de Salud del 2001 y promueve acciones de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud con un enfoque comunitario y descentralizado que impulsa la promoción de la salud y la educación para el autocuidado.

Posteriormente se emite el documento “Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz” que considera que la salud mental es un componente fundamental del desarrollo humano y se plantea como objetivos fundamentales :

a) Conceptuar a la salud mental como un derecho humano y un componente fundamental para optimizar el desarrollo nacional sostenible.

b) Implementar el Modelo de Atención Integral en Salud Mental.

c) Fortalecer y desarrollar el potencial de los recursos humanos en salud mental.

d) Monitorear y evaluar las actividades desarrolladas en salud mental.

Es en este contexto , relativo a la “Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz” sobre el cual se realiza la siguiente investigación.

En base a los “Lineamientos para la Acción en Salud Mental” y en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz” se emite el “Plan Nacional de Salud Mental” aprobado con Resolución Ministerial No 943-2006/MINSA que es una propuesta concertada que promueve acciones sectoriales e intersectoriales que trascienden los límites de la enfermedad y generen entornos y estilos de vida saludables, para lo cual se definen objetivos, resultados y actividades.

El Plan Nacional de Salud Mental fue el corolario de un largo que se inició en el año 2001, en el marco de los Lineamientos de Políticas del Sector y del Modelo de Atención Integral de Salud, trazados por el Ministerio de Salud. Tales políticas establecen en su visión al 2010-2020, la mejora de salud como un resultado del

desarrollo socioeconómico y de afirmación de la democracia. Desde un enfoque integral, se conceptúa a la salud mental como un importante componente del desarrollo humano, que mejora la productividad, empodera y genera ciudadanía; estableciéndose como un indicador de desarrollo de un país.

El Plan Nacional de Salud Mental fija como objetivos estratégicos⁹⁴ :

a) Contribuir a la salud mental de los peruanos y las peruanas, sin distinciones de raza, edad, género y condición social, política o cultural; y

b) Fortalecer las redes de soporte, sociales y comunitarias para una vida sana, incluyendo la salud mental en los planes a nivel nacional, regional y local.

Asimismo, dicho plan elabora los siguientes objetivos generales:

a) Posicionar la salud mental como un derecho fundamental, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano. El posicionamiento de la salud mental tiene como elementos fundamentales: la difusión pública de su rol determinante para una mejor calidad de vida, el debate sobre los diversos enfoques y políticas y, la organización de un sistema de información e investigación intersectorial que comprenda experiencias exitosas en salud mental.

⁹⁴ Bojorquez Enrique, Chacón Oscar, Rivera Giovany, Donadio Guery, Stucchi Santiago, Sihuas Ciro, Llanos Ana. Propuesta de Reforma de Salud Mental. Acta Médica Peruana 29(1)2012.

b)Fortalecer el rol rector del MINSA en salud mental de manera concertada en el país , región y localidad , con el objetivo de garantizar los derechos de la persona ; y así , ser factor de cohesión social. El rol rector en salud mental comprende la conducción concertada de políticas, contando con un sistema de planificación y evaluación de las actividades conjuntas intra e intersectoriales y, coordinadas con las organizaciones de la comunidad y sociedad civil.

c)Asegurar el acceso universal a la atención integral en salud mental, promoviendo la reestructuración de los servicios con énfasis en la atención en la comunidad, esta prioridad de atención en la comunidad comprende intervenciones en todo el proceso de salud-enfermedad lo que implica acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. También, involucra promover la calidad del potencial humano articulándolos con la comunidad, de tal modo , que se difunda el tema y se promueva la desestigmatización del que padece trastornos mentales. Asimismo , busca promover una política adecuada y equitativa de medicamentos.

d)Promover la equidad en la atención de salud mental en ámbitos s de estrato social, género, ciclo de vida y diversidad cultural; fortaleciendo la atención diferenciada a las poblaciones vulnerables, sobre todo a las personas víctimas de la violencia política .

Para lograr tales objetivos, es importante la voluntad política para la institucionalización de la salud mental a nivel multisectorial; mediante normas, procedimientos, autorizaciones, representaciones y presupuestos idóneos, para lograr la viabilidad del plan, así como el posicionamiento político y social de la salud mental en la comunidad peruana.

En el plan existe objetivos específicos para cada objetivo general , en base a ellos se desarrollan resultados y acciones ,de acuerdo a prioridades en el ciclo de vida y teniendo en cuenta niveles de intervención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación). La propuesta configura una estructura básica que necesita establecer las coordinaciones de manera intra e intersectorial.

Es importante señalar que el Plan Nacional de Salud Mental atiende las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud :

- 1)tratamiento en en el primer nivel de atención primaria
- 2)disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en primer nivel
- 3) asistencia en la comunidad y con la comunidad
- 4)educación a la comunidad
- 5) compromiso de comunidades, familias y consumidores
- 7)políticas y legislación del país
- 8) desarrollo de potencial humano
- 9) coordinación con otros sectores
- 10)promoción de la investigación.

Por otro lado , a pesar de estos avances doctrinarios no se han implementado las acciones necesarias para materializar tales objetivos. La situación actual es que más del 80% de psiquiatras se encuentran en Lima y Callao, y cinco regiones del país no poseen servicio psiquiátrico alguno lo que evidencia un pobre acceso de la población a la atención de su problemática de salud mental lo que requiere cambios urgentes relacionados con el modelo de atención.

Conceptualmente la inclusión de un plan de salud mental en el Modelo de Atención Integral de Salud implica darle una

perspectiva de integralidad del ser humano ,lo cual supone atender los aspectos orgánicos , psicológicos, socioculturales, históricos y políticos.

La salud mental se contempla en el Plan Nacional de Salud Mental como un eje transversal en las prioridades de salud por ciclo de vida y, como un aspecto necesario de las acciones de cada sector. Por ello, este es un plan de concertación intersectorial que involucra a todos los sectores gubernamentales, así como a instituciones diversas de la sociedad civil.

2.10.LA SALUD MENTAL COMO DERECHO HUMANO

La salud mental puede enfocarse como un derecho humano. La Declaración Universal de los Derechos Humanos plantea como fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz en el mundo el reconocer la dignidad innata de los seres humanos , la igualdad e inalienabilidad de sus derechos.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos⁹⁵ prescribe en el artículo 25 que: “ toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud proclama que el obtener el más alto estándar de salud es uno de los derechos fundamentales de la persona humana sin distinción de religión ,raza, ideología, o condición económica y social.

sistema internacional de Derechos Humanos.

⁹⁵ Declaración Universal de los Derechos Humanos.En: <http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2014/03/declaracion-universal-de-derechos-humanos.pdf>

En el sistema internacional de Derechos Humanos, las Naciones Unidas señala que la salud debe ser vista como un derecho por lucharse, no como una simple bendición otorgada, lo que ratifica que el derecho a la salud física y mental es reconocido ampliamente.

Sin embargo, cuando se evalúan los derechos humanos no se contempla que la salud en general y la salud mental en particular también son vulneradas. Este aspecto no es identificado como tal por los usuarios o pacientes, actores sociales de la sociedad y personal de salud.

Las consecuencias de las violaciones de los derechos humanos llevan a postular acciones de promoción y prevención que trasciendan el nivel individual. Desde el ámbito de las políticas y tratados suscritos se pretende promover, respetar, proteger y cumplir con los Derechos Humanos y la Salud. Es fundamental brindar espacios donde la injusticia percibida pueda ser procesada y reparada desde la perspectiva social.

En el ámbito de la salud, la atención de la persona implica reconocer la salud integral como un derecho humano y coadyuvar a la consolidación de una cultura de deberes y derechos de las personas y grupos sociales de manera democrática, en las que cada actor participe de manera comprometida en favor de la conservación de la salud, del bienestar individual y social.

Es importante que el personal que trabaje en comunidades reconozcan a la salud mental en forma prioritaria como parte importante de la salud integral y lo asuman como un derecho, que merece respeto y acciones de defensa.

Construir ciudadanía en salud implica desarrollar un enfoque de derechos humanos en salud mental, con genuina participación, descentralización, trato equitativo en cada comunidad que promueva el desarrollo de iniciativas autónomas. En esa misma perspectiva contribuye a crear una cultura de paz el hecho de tratar a la salud integral como un derecho de la persona.

También es importante considerar a la salud ambiental como parte de la salud integral, la que tiene que ver con el acceso a los servicios de agua potable y sanidad para la sociedad. La cobertura de estos servicios en el Perú es una de las más bajas en América Latina, lo que aumenta la incidencia de enfermedades orgánicas afectando la calidad de vida de los pobladores; lo que también afecta la salud mental.

Un gran desafío para el acceso a la salud como un derecho lo constituye el reto de erradicar la pobreza y la inequidad. El planteamiento de políticas y la adopción de estrategias que tengan como base el principio de la equidad y los derechos humanos; implica la formulación de propuestas que incluyan una consideración del otro, de su cultura, de su ambiente desde una perspectiva de igualdad. Comprende incluir el tema de la salud como prioridad en las comunidades.

2.11 GERENCIA SOCIAL

La gerencia social contempla procesos de diseño e implementación de las políticas sociales del Estado para mejorar las condiciones y calidad de vida de una comunidad, de manera integral y universal⁹⁶. Para lograr lo mencionado, se requiere un trabajo interdisciplinario e intersectorial de conocimientos y de

⁹⁶ LICHA, I. Herramientas de gerencia social. Banco Interamericano para el desarrollo social, 2002.

prácticas, que apoyen los procesos de toma de decisiones estratégicas y la implementación de acciones públicas, buscando el logro del bienestar social.

Kliksberg, citado por Mokate y Saavedra⁹⁷, propone que la gerencia social eficiente se caracteriza por optimizar el rendimiento de los esfuerzos de los actores sociales en el afrontamiento de los desafíos del desarrollo social.

La gerencia social, entonces, busca optimizar el rendimiento de los esfuerzos del Estado y de los actores sociales en el enfrentamiento de los grandes problemas sociales y el mejoramiento de los resultados de la inversión en capital humano y capital social.

Una gerencia social exitosa implica desplazarse de un enfoque prescriptivo común a un enfoque heurístico, donde los problemas no se solucionan apelando a manuales, que prescriben lo que se debe hacer. El enfoque heurístico implica asumir las complejidades del ámbito social, observar sus particularidades, sopesar las experiencias comparadas, construir conocimiento a través del ensayo y error, reajustar progresivamente y de modo continuo los marcos de referencia tomando en cuenta los hechos y considerando que algunos problemas son impredecibles.

Comúnmente, el abordaje y desarrollo de los programas sociales del Estado ha sido de carácter sectorialista, a veces, se intenta solucionar los problemas educativos o de salud, desde el interior del mismo sector, cuando en realidad, cada problema social posee múltiples causas que se relacionan entre sí y requieren para

⁹⁷ MOKATE, K. y SAAVEDRA, J Gerencia social :Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas. Banco Interamericano de Desarrollo, 2006.

su solución un trabajo intersectorial e integral que mejore la efectividad en los programas sociales. .

Otra aspecto fundamental es generar espacios que propicien la participación activa de la comunidad . El trabajo participativo implica contestar a las preguntas ¿Cómo se trabaja en este ámbito? ¿Qué se puede aprender de las dificultades que se han hallado en los procesos participativos? ¿Cómo se propicia la integración de la comunidad para participar? ¿Qué técnicas sirven de apoyo a la gestión para facilitar la participación?.

2.11.1 DIRECCIONES DE TRABAJO EN GERENCIA SOCIAL⁹⁸

Las siguientes direcciones de trabajo en gerencia social propician una gerencia social flexible y participativa cuando se operativiza programas sociales :

A) Implementación de una gerencia adaptativa

La incapacidad de predecir los hechos y sucesos demandan un estilo gerencial que acerque el contacto con la realidad, capte las "señales" del entorno ,y ejecute las transformaciones necesarias en los programas previstos.

La adopción de ese estilo conlleva un cambio en la separación entre planeación y acción. En la gerencia adaptativa ambos momentos se acercan de manera estrecha. Se prevé, ejecuta , se retroalimenta sobre la marcha, y se actúa nuevamente, como si fuera una unidad fusionada.

⁹⁸ Kliksberg,B. Hacia una gerencia social eficiente. Recuperado Enero 2011 de: http://www.econo.unlp.edu.ar/uploads/docs/hacia_una_gerencia_social_eficiente_bernardo_kliksberg.pdf.

La gerencia adaptativa rompe con el estilo gerencial que realiza procesos en altos niveles de las entidades sin contacto con los niveles operativos.

B) Análisis multidimensional del escenario social

El ambiente social influirá sobre la ejecución de los programas sociales, cuya evaluación y análisis requiere herramientas adecuadas para detectar oportunidades. El análisis debe contemplar además de las dimensiones económicas y financieras, las dimensiones políticas, culturales, sociales, tales como por ejemplo los mapas de actores y el análisis de stakeholders.

C) El abordaje integral en reemplazo del enfoque sectorial

Como se vio anteriormente, la ejecución de los programas sociales públicos ha sido comúnmente de tipo sectorialista, como por ejemplo, se pretende solucionar problemas de índole educativa tal como la deserción escolar o bajo rendimiento educativo desde el sector educativo. De hecho, los problemas sociales son multicausales, cuya solución necesita una visión integral y no sólo sectorial. El enfoque integral de los programas sociales aumenta su efectividad.

D) Promoción de capacidades para la gerencia interorganizacional

Hay numerosos actores organizacionales que actúan en los programas gerenciales, cuyo número se ha incrementado con la descentralización, lo que conlleva a pasar de una coordinación formal, superficial y limitada a una gerencia sinérgica capaz de beneficiarse de la complementación, integración, y externalidades organizacionales que surgen de la acción conjunta de los actores sociales participantes para incrementar la eficiencia e impacto de los programas sociales a través del desarrollo de capacidades.

Los caminos para lograr la gerencia sinérgica involucran entre otras tareas la adopción de programas de trabajo conjunto, donde "todos ganan", la negociación de términos de cooperación, y el establecimiento de acciones gerenciales concertadas, de monitoreo y reajuste sobre la marcha, el fortalecimiento de los modelos del "mediador" con la pretensión de salvar las distancias entre las organizaciones, el "director de orquesta" que busca la actuación bajo reglas comunes, y el "productor de cine" que pretende integrar de manera participativa a las diferentes organizaciones en un proyecto común.

E) Fortalecimiento de la descentralización

La descentralización ha permitido el acercamiento a los demandantes de atención, mayor flexibilidad y agilidad de los actores y enfoques aplicados, abriendo la posibilidad de un mayor control y monitoreo de los programas por la sociedad. Por lo contrario, los hechos están demostrando la necesidad de realizar las transformaciones necesarias en los niveles que delegan facultades y recursos, e implementar centros de coordinación operativa, cambiando los modelos burocráticos rígidos que vienen del nivel central. Para Henry Mintzberg si la descentralización consiste en la imposición de metas cuantitativas inflexibles a los niveles inferiores o descentralizados, y en ejercer presión para que se cumplan, ese enfoque lleva en esencia un espíritu "recentralizador". Este mecanismo presiona obliga a los funcionarios de las entidades descentralizadas a cumplir las metas rígidamente sin considerar otras variables de contexto.

F) Modelos participativos

Constituye una buena posibilidad de mejorar la gestión social, cuando se adopta mecanismos participativos en la formulación, implementación, y evaluación de los programas sociales. La participación se configura como trascendental en el enfoque de Desarrollo Humano formulado por las Naciones Unidas. La revalorización de la participación se refleja en la constatación de las estrechas correlaciones que existe entre el objetivo de "autosustentación" de los programas y el nivel de participación de una comunidad. El incremento de la participación de la comunidad posibilita un aumento de las posibilidades de "autosustentación" de los programas.

La mezcla de descentralización y participación, se configuran en forma combinada como un programa de acción de manera intrínseca para la gestión social.

La descentralización con participación ascendente de la comunidad permite afrontar muchos riesgos que se presenten, y liberar las energías sociales latentes.

G) Diseño de metaredes

El diseño de redes ha permitido que se logren mejores resultados en el ámbito de gestión social, al articular sistemáticamente el aporte y acción de los actores como el Estado, Organizaciones no gubernamentales, entidades empresariales, iglesias, organizaciones de la sociedad civil, entidades de voluntariado y comunidades asistidas; trabajando de este modo en redes se formulan objetivos sociales de mayor envergadura. Lo anterior se configura como una acción de "ingeniería social" con un posible gran impacto. A la par, las redes deberían de operativizar sus acciones bajo criterios de una moderna gerencia interorganizacional.

H) Control social

La ejecución de los programas sociales debería ser monitoreada con total transparencia por la comunidad, en ese sentido la gerencia social debe preparar e implementar modelos, establecer indicadores precisos y adecuados para un cumplimiento de metas de manera real, renovación de mecanismos tradicionales de control, estableciendo una "contraloría social" y evaluación de los programas sociales con participación activa de la comunidad beneficiaria y la sociedad en general.

2.11.2.HERRAMIENTAS DE GERENCIA SOCIAL

La gerencia social se sustenta en una visión holística, enfoques flexibles y de transformación de la realidad social. Tales enfoques de gerencia social necesita herramientas o instrumentos que posibiliten el logro de objetivos y metas. Las herramientas de la gerencia social comprenden metodologías y técnicas de análisis multidimensional de los problemas para tener una visión y comprensión holística de la realidad social; herramientas para analizar y afrontar de manera idónea los conflictos, la complejidad, e incertidumbre; y construir mecanismos de innovación en el manejo de políticas y programas que se generan con la activa participación de diferentes actores, entidades y el concurso de los diferentes niveles de gobierno y de otras instituciones; la influencia de los diferentes factores del contexto donde se ejecutan las políticas; y los cambios planteados en las prácticas tradicionales de las entidades.

Los instrumentos de la gerencia social, pretenden encontrar una respuesta satisfactoria a las exigencias tales como manejo de la complejidad, incertidumbre, conflicto e innovación; y están orientadas de igual modo a conseguir logros que forman parte del

enfoque y fundamentos de la gerencia social, las cuales son: la participación intra e interorganizacional, el logro de resultados y cambios esperados y la producción de conocimientos y aprendizaje organizacional.

En suma ,las herramientas de la gerencia social involucran instrumentos para el análisis, diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas y programas sociales, técnicas de resolución de conflictos, metodologías de participación, de estructuración y coordinación de redes. Tales herramientas se aplican de manera participativa, fortaleciendo así la creatividad y el aprendizaje de los participantes, potenciando el trabajo en equipos y promoviendo una visión conjunta de los problemas y probables alternativas de solución. Las herramientas descritas apoyan la implementación de políticas y programas sociales, para posibilitar la implementación de correcciones oportunas en las acciones de monitoreo facilitando la implementación de una gerencia adaptativa y estratégica.

Entre las herramientas que contribuyen a desarrollar una gerencia social estratégica se encuentran: planificación con visión estratégica, análisis del contexto , análisis de los beneficiarios y personal involucrados, construcción de escenarios, análisis de problemas; instrumentos de formulación de programas y proyectos como el marco lógico , formularios de seguimiento y evaluación, técnicas de abordaje y manejo de conflictos, metodologías y estrategias de promoción de la participación, metodología de diseño y coordinación de redes interorganizacionales ,instrumentos de diseño y gestión de la descentralización.

Las herramientas descritas fortalecen la coordinación y construcción de redes, contribuyen a la implementación efectiva

de políticas sociales mediante la acción concertada de diferentes entidades, niveles de gobierno y organizaciones de la comunidad. Los instrumentos de diseño, implementación y evaluación de programas sociales descentralizados son compatibles con metodologías que propician la participación ciudadana en los programas y proyectos.

A lo anterior, se suman los instrumentos de diseño organizacional y de elaboración de matrices de funciones que tienen como objetivo contribuir al fortalecimiento de los órganos descentralizados como los gobiernos locales, a través del desarrollo de capacidades locales para gobernar y gestionar, con participación ciudadana en las políticas públicas.

La gerencia social debe utilizar las herramientas descritas para garantizar la efectividad e impacto de los programas sociales.

En forma particular, esta investigación utilizando la herramienta de seguimiento y evaluación de la gerencia social participativa busca establecer la oportunidad y nivel de cumplimiento de las actividades planeadas, y detección de las fallas internas y las condiciones externas del contexto que podrían estar afectando el desarrollo e impacto de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz a nivel del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso con el fin de poder corregirlas oportunamente, el enfoque de gerencia social nos permitirá utilizar los instrumentos y mecanismos necesarios para examinar los resultados, procesos, efectos e impactos de la estrategia de salud mental alcanzados en el corto plazo. El seguimiento y evaluación de los procesos permitirá reportar a los niveles más altos de la gerencia social la dinámica de los procesos para priorizar problemas en la aplicación de la estrategia de salud mental, y proponer medidas

tendientes a gestionar procesos conducentes a solucionar dichos problemas.

CAPITULO III PERFIL DEL DISTRITO

3.1.DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO

A continuación se revisará el perfil del Distrito donde se realizó la investigación.

El Distrito de Carmen de La Legua Reynoso es uno de los seis distritos que conforman la Provincia Constitucional del Callao en el Perú. El Distrito limita al norte y al este con la Provincia de Lima, y al sur y oeste con el Distrito del Callao. Está ubicado entre las Av. Faucett y la Av. Universitaria, y entre las Avenidas Argentina y el Río Rímac.

El Distrito de Carmen de la Legua fue creado por Ley N° 15247 de fecha 4 de diciembre de 1964 y posee más de 45, 000 habitantes. Tiene una superficie de 2,12 kilómetros cuadrados y se encuentra ubicado en la margen izquierda del Río Rímac.

El nombre del Distrito obedece a que en tiempos de la colonia, se instaló una ermita de San Juan de Dios , para religiosos que

equidistaban a una legua tanto de la ciudad de Lima como del puerto de la Provincia Constitucional del Callao. En el año 1617, se instaló un centro educativo de religiosas carmelitas y en el lugar donde se ubicaba esa ermita, actualmente se encuentra el Santuario de la Virgen del Carmen de la Legua.

Gráfico No 1

Mapa de ubicación del Distrito Carmen de la Legua y Reynoso



Fuente : DIRESA Callao. ASIS 2010

El Distrito de Carmen de la Legua-Reynoso, formaba parte de los frondosos matorrales y tierras de cultivo que existían a lo largo de la senda que servía de camino entre Lima antigua y el Callao antiguo, este camino corría paralelamente al cauce del río Rímac.

En 1940 el distrito de Carmen de la Legua-Reynoso se empezó a poblar de manera intensa con personas provenientes del interior del país. Después de la década del 50 del siglo XX se transforma en un poblado urbano, con gran cantidad de provincianos provenientes de familias de refugiados de Tarapacá de la época del conflicto del Perú con Chile, a quienes se les asignó por ley terrenos en el Distrito de Carmen de la Legua.

A mediados del siglo XX, en los terrenos del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso se extraían hormigón, arena, piedra, etc., que servían como materiales de construcción, haciendo del lugar una zona polvorienta zona. Hoy Carmen de la Legua alberga gran cantidad de pobladores inmigrantes provincianos. Primero empezó a poblarse la zona Oeste, en el denominado "Callejón de Reynoso" donde actualmente se erige el nuevo Reynoso. La zona Este limitada por el Jr. Jorge Chávez y la Av. Nicolás Dueñas fue poblada por personas provenientes de lugares tugurizados del Distrito de la Victoria, denominándose primero "Nuevo Callao". A partir de esta población se establecieron las asociaciones de Reynoso y Carmen de la Legua. Progresivamente se instalaron servicios de agua y alumbrado eléctrico, con dos pozos particulares y seis motores para proveer electricidad. También se construyó un local para la comunidad, dos iglesias, cinco centros educativos públicos y un puesto de salud.

La población organizada quiso el reconocimiento político como Distrito, de tal modo que el diputado Juan Razzeto presentó en 1964 un proyecto en la Cámara de Diputados, para la constitución del distrito Carmen de la Legua Reynoso, tal proyecto fue aprobado el 04 de Diciembre de 1964, creando de manera formal el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso por Ley 15247.

El primer alcalde Distrital elegido democráticamente en el año 1966 , fue el Sr. Marino Pelaez Villarreal, quien inicio sus labores como alcalde en un aula del Colegio Nacional Raúl Porras Barrenechea debido a que no contaba con recursos suficientes.

Al 2012 ,el Distrito tiene 46 años de existencia ,y ha contado con 17 alcaldes distritales siendo su actual alcalde el Lic. Daniel Lecca Rubio.

En el año 2012 ,hay un fuerte crecimiento comercial y un incremento de la población .No ha habido un crecimiento uniforme y ordenado que se ha traducido en tugurización y hacinamiento poblacional en las viviendas.

Clima

En el distrito de Carmen de la Legua-Reynoso , el clima es templado, cuya temperatura oscila entre los 16° C y 30°C.La humedad relativa promedio es de 80%.

Educación

El Distrito de Carmen de la Legua Reynoso, al 2012 posee doce (12) colegios estatales , distribuidos del modo siguiente : dos del Nivel Inicial,7 del nivel primaria , 1 colegio de Educación especial, 3 de educación secundaria .Hay 9 colegios privados en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso. Además hay una piscina municipal, seis lozas deportivas y ocho clubes deportivos.

Ámbito Turístico y Cultural

En la Provincia Constitucional del Callao, se encuentra uno de los principales Puertos Pesqueros del Mundo, y Carmen de la Legua

Reynoso al formar parte del Callao , ofrece zonas atractivas de turismo entre los cuales se tiene el Santuario de la Legua, de especial significado para la población del Callao.

Calendario de Festividades en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso

6 de Enero	:	Bajada de Reyes
Febrero/Marzo	:	Carnavales
Marzo/Abril	:	Semana Santa.
18 de Julio	:	Festividad de la Virgen del Carmen
28 de Julio	:	Fiestas Patrias del Perú
18 de Octubre	:	Villa Señor de los Milagros
12 de Noviembre	:	Señor del Mar
4 de Diciembre	:	Aniversario del Distrito

3.2. Demografía y situación socioeconómica del distrito Carmen de la Legua Reynoso

Según el INEI⁹⁹ ,el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso, posee 41,863 habitantes , 21.310 son mujeres y 20.553 son hombres ,por lo tanto, el 49,10% de la población son hombres y el 50,90% mujeres. El Distrito tiene una superficie 2,12 Kilómetros cuadrados y se ubica en la margen izquierda del Río Rímac.

En relación a la estructura de la población , en el Distrito hay una mayor proporción de adultos jóvenes tanto en hombres como en mujeres ,y la población adulta mayor (mayores de 60 años) constituyen la población mas reducida.

⁹⁹ Instituto Nacional de Estadística, Lima,2009.

La población del Distrito representa el 4.8 % del total de la población de la Provincia Constitucional del Callao. El crecimiento de la población del Distrito es de 1.23%. El 25,2% son menores de 15 años , el 67.1% de 15 a 60 años y el 7,7% mayores de 60 años .La fecundidad de la mujer es de 3 hijos . La tasa bruta de natalidad es de 27 por mil y la esperanza de vida al nacer es de 70 años.

Carmen de la Legua es uno de los distritos con mayor densidad poblacional en el Callao siendo de 19746,7 habitante /kilómetro cuadrado.

El Distrito posee una población mayor de 15 años (31299). La actividad laboral predominante en el Distrito es la actividad comercial y prestación de servicios encontrándose una población económicamente activa de 56.3%, de los cuales 11.039 son mujeres y 6.992 son hombres.

A la fecha de la presente investigación ,la falta de trabajo y oportunidades laborales es uno de los problemas que tiene la población económicamente activa del Distrito, lo que podría relacionarse con los problemas de delincuencia, la adicción a sustancias psicoactivas ; siendo urgente la promoción de oportunidades laborales en el Distrito.

En el Distrito hay 8 710 viviendas de los cuales solo 8 526 viviendas poseen aprovisionamiento de agua, alcantarillado y alumbrado eléctrico, siendo importante cubrir con dichos servicios de agua ,alumbrado eléctrico y alcantarillado a las viviendas que faltan ,la situación de estas viviendas se explica por la falta de títulos de propiedad.

Aproximadamente hay 879 personas (2,1% de la población) mayores de 15 años analfabetas, es decir aproximadamente unos 879 pobladores. El porcentaje de madres adolescentes (12 a 19 años) era de 5,9% y la tasa de mortalidad infantil de 18.2 por mil nacidos vivos que ameritan acciones para reducir al mínimo el porcentaje de madres adolescentes así como reducir la tasa de mortalidad infantil, fomentando la participación en actividades artesanales, culturales y deportivas.

La población económicamente activa ocupada en su mayoría no cuentan con seguro de salud (54,4%), y el 20.6% tiene un trabajo independiente.

La tasa de autoempleo y empleo en microempresas es del 47% y el porcentaje de fuerza laboral con bajo nivel educativo es del 9.3%, por lo que se requiere tomar acciones para fomentar el emprendimiento y formalizar las MYPES, así como mejorar el nivel educativo de la fuerza laboral con cursos de capacitación.

Los casos de violencia sexual que se cometen en la Provincia Constitucional del Callao continúan siendo una preocupación para las autoridades y en especial para el Ministerio Público del Callao, ya que se reportó 671 casos durante el año 2011. Tal cifra involucra también denuncias por tocamientos indebidos y delitos contra la libertad sexual cometidos en su mayoría por personas de la misma familia como tíos, primos, sobrinos y hasta los propios padres de las víctimas, lo que puede ser condicionado por el hacinamiento en las viviendas por pobreza.

Según reportes, la violencia familiar contra la mujer constituye un problema de gran magnitud en el Distrito de Carmen de la Legua y se caracteriza porque la mujer soporta maltratos físicos y psicológicos por parte de sus parejas o de algún miembro de sus familias. Se informa que el 42% de las mujeres fueron

maltratadas físicamente , de los cuales menos de la mitad solicitaba ayuda a una persona cercana, y sólo 1 de cada 5 mujeres apelaba a alguna entidad en búsqueda de apoyo debido al miedo , de que vuelva a sufrir maltrato otra vez .

La violencia familiar en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso sería desencadenada por la falta de una adecuada educación familiar , falta de valores éticos y carencias económicas entre otros.

Como se describió anteriormente hasta un 50% de la población económicamente activa se encuentra desempleada y subempleada, panorama que impide alcanzar un mayor nivel de desarrollo social de la población.

En síntesis, la situación del Distrito de Carmen de la Legua¹⁰⁰ se caracteriza por hacinamiento en las viviendas por pobreza, abandono social de la población vulnerable de niños y adultos mayores de limitados recursos , el aumento de la delincuencia y violencia familiar ,agravado por la dependencia a sustancias psicoactivas ,presencia de población pobre y de extrema pobreza ,y desnutrición en niños.

Asimismo ,en el Plan de Desarrollo Concertado¹⁰¹ de la Región Callao se describe al Distrito de Carmen de la Legua con la siguiente problemática: “pobreza ,exclusión y marginalidad en gruesos sectores de la población, desempleo y subempleo en condiciones de precariedad laboral, crecimiento poblacional no planificado, deficiente calidad en educación, contaminación

¹⁰⁰ Plan de gobierno Distrito de Carmen de la Legua y Reynoso.2010-2014.Fonavistas del Perú. Julio 2010.

¹⁰¹ Plan de Desarrollo Concertado de la Región Callao 2011-2021.Noviembre 2010.

ambiental y degradación de recursos ,vulnerabilidad ambiental de la amplia faja de territorio colindante con el río Rímac, reducción de espacios naturales y presión urbana, infraestructura vial insuficiente para viabilizar las dinámicas económicas, desarticulación del tejido institucional y social para enfrentar la problemática , ejercicio limitado de derechos y deberes ciudadanos, superposición de roles y funciones entre los distintos niveles de gobierno en la toma de decisiones, debilidad institucional para garantizar la seguridad.”

Índice de Desarrollo Humano(IDH)

El IDH del Distrito Carmen de la Legua Reynoso es de 0.7099, este índice está compuesto por los siguientes elementos : esperanza de vida al nacer, la cobertura de educación y las tasas de alfabetismo y matrícula neta. Este índice es menor en el Callao con respecto a otro Distrito.

En cuanto al ingreso promedio, durante el año 2007 en el Callao fue de S/.615,60, siendo de 592,80 en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso constituyéndose entonces en el Distrito que percibía menores ingresos; mientras que los distritos que ostentaban mejores ingresos en el Callao eran los Distritos de La Punta (S/. 1,194.2) y La Perla (S/. 905.4) .

Pobreza

En el año 2010 la pobreza en Carmen de la Legua era de 17,1% siendo Ventanilla y Callao los distritos mas pobres .Asimismo , el 20,9 % de la población del Distrito presentaba alguna necesidad básica insatisfecha, en tanto que el 0,12% de la población se encontraba en pobreza extrema, encontrándose entre los Distritos con mayores niveles de pobreza extrema en comparación a otros distritos como Callao, Bellavista, y La Perla.

Caracterización de la Seguridad Ciudadana en el Distrito¹⁰²

En el Distrito de Carmen de la Legua, hay presencia de delincuencia en forma de pandillaje que se mezcla con la microcomercialización de drogas en los siguientes lugares:

- □ Micro comercialización y consumo de sustancias psicoactivas en los jirones Callao, Ica, Libertad, Jorge Chávez, José Santos Chocano

- □ Delincuencia común en forma de robos, arrebatos y asaltos predominantemente en las avenidas Argentina, Julio C. Tello, Morales Suárez con Elmer Faucett.

- □ Reuniones de pandilleros en las zonas de Pozo de Agua de Reynoso y de Villa Señor de los Milagros

- Respecto a las conductas adictivas, con mayor frecuencia se dan en la población adolescente del Callao, donde se encuentra alto índice de consumo de alcohol, con una prevalencia de 21,8%, siendo la edad de inicio del consumo en adolescentes de entre 13 y 14 años.

De lo descrito se puede deducir que el Distrito se encuentra en la inseguridad, por lo que es considerado como una zona de seguridad intermedia, a ello debe sumarse¹⁰³ el incremento en el índice de los delitos comunes, aumento de la violencia familiar,

¹⁰² Informe de Seguridad Ciudadana .2010. Comisaría de Carmen de la Legua Reynoso.

¹⁰³ MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CARMEN DE LA LEGUA. Proyecto de inversión pública “Mejoramiento del sistema de patrullaje peatonal individualizado, Distrito de Carmen de la Legua Reynoso Callao” 2012

incremento de pandillas juveniles, y aumento de sectores de alta peligrosidad.

3.3.MORBILIDAD EN EL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA Y REYNOSO

A continuación se presenta la morbilidad del 2010-2011 en el Distrito.

Tabla No 1

Las primeras causas de morbilidad general 2010-2011 en el Distrito de Carmen de la Legua¹⁰⁴

	MORBILIDAD 2010	MORBILIDAD 2011
1	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
2	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL
3	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
4	OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES
5	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	INFECCIONES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
6	OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	DERMATITIS Y ECZEMAS
7	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	DESNUTRICION
8	DORSOPATIAS	MICOSIS
9	DERMATITIS Y ECZEMA	HELMINTIASIS(PARASITOSIS INTESTINAL)
10	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO	OTRAS CAUSAS

Fuente :Oficina de estadística .DIRESA Callao

¹⁰⁴ DIRESA CALLA Oficina de Estadística,2009-2010.

La tabla nos sirve para evidenciar que dentro de las enfermedades reportadas en el año 2010 y 2011 por los Centros de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros no aparece ningún diagnóstico de trastorno mental, lo que probablemente, debe interpretarse que las personas con trastornos mentales no acuden a los establecimientos de salud por cuanto perciben que no van a recibir la atención a su problema de salud mental, ya que no se cuenta con profesionales especialistas calificados o porque en los datos de la cobertura solo se ha considerado los problemas orgánicos.

La otra posibilidad del porque no aparece en la morbilidad los trastornos mentales, es que los profesionales de la salud en su mayoría debido a su formación profesional sólo contemplan o exploran la parte física del paciente olvidando evaluar el aspecto psicológico de los pacientes, dejando de realizar entonces una atención integral de salud del paciente, reduciéndose la atención a un enfoque biológico, lo cual explicaría la falta de registro de problemas mentales en el reporte de atenciones.

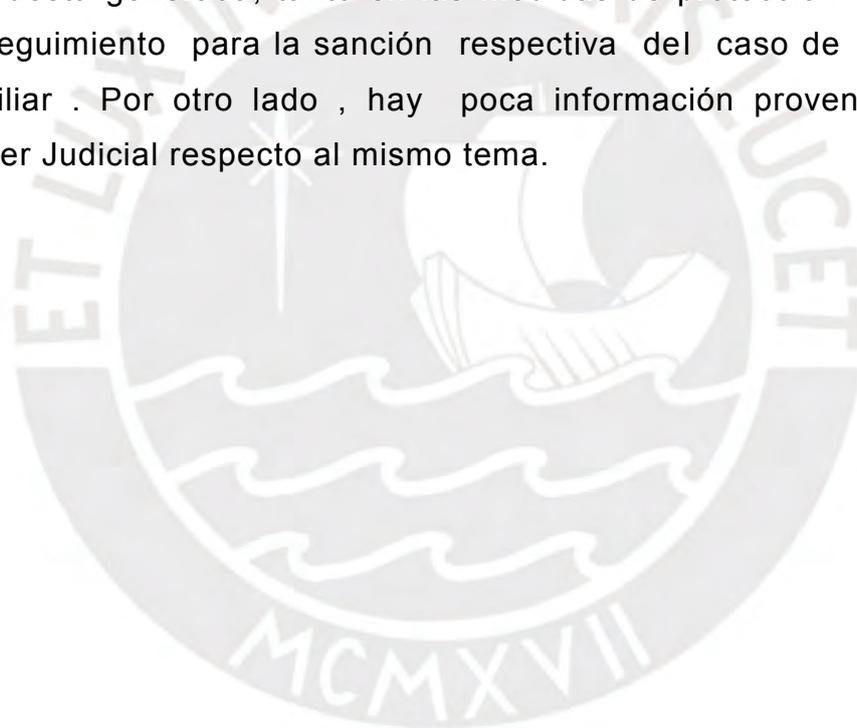
VIOLENCIA FAMILIAR¹⁰⁵

El problema de la violencia familiar, en el aspecto físico y psicológico, constituye uno de los problemas más denunciados en Carmen de La Legua y en la Provincia Constitucional del Callao. Este tipo de violencia afecta principalmente a las mujeres, configurándose una violencia de género que evidencia el desequilibrio de poder en las interrelaciones varón y mujer.

¹⁰⁵ GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO. Plan Regional por la Niñez y Adolescencia de la Región Callao 2008-2011” Noviembre, 2007, pp. 30-35

Se reportaron 2096 casos de violencia intrafamiliar en el año 2009, 2303 en el año 2010 y 2827 en el año 2011, sin embargo, estos datos no reflejarían la real dimensión del problema, ya que todos los casos de violencia no son denunciados por lo que habría un subregistro.

Los datos de violencia familiar provienen en su mayoría de los registros de la Policía Nacional. La sistematización de datos del Plan Regional por la Niñez y la Adolescencia de la Región Callao 2008-2011 y la información que proviene del Ministerio Público resulta insuficiente y poco articulada, y no permite apreciar la respuesta generada, tanto en las medidas de protección como en el seguimiento para la sanción respectiva del caso de violencia familiar. Por otro lado, hay poca información proveniente del Poder Judicial respecto al mismo tema.



CAPITULO IV

DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

4.1.LA ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

La Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz es una de las 12 Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud (MINSA) , que integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la promoción, prevención y la intervención temprana en ámbitos de la salud mental ,fortaleciendo las redes sociales y comunitarias como base para una vida saludable.

El 27 de julio del 2004, por Resolución Ministerial 771-2004/MINSA se implementa la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, junto a otras nueve Estrategias, para lograr los siguientes objetivos funcionales : cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de la población; un entorno saludable para toda la población; protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas en condiciones de equidad y plena accesibilidad .

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz fue elaborada teniendo como base los Lineamientos para la Acción en Salud Mental –cuyo objetivo fue dar pautas para sentar las bases de una planificación sistemática de las actividades de salud mental en el país- y de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

Según el Modelo de Atención Integral en Salud las Estrategias Sanitarias Nacionales deben abordar , controlar , reducir ,erradicar o prevenir los daños/riesgos priorizados a nivel nacional y

orientar sus actividades al logro de objetivos en las prioridades sanitarias ,enfaticando la promoción en salud, teniendo en cuenta las políticas nacionales y los compromisos nacionales adquiridos ,los que están contenidos en el documento del MAIS.

La estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz busca promover y fortalecer la salud mental en la atención primaria de salud, y consiste en la implementación de atención básica de salud mental, a nivel preventivo y curativo , configurándose como la entrada al sistema de salud.

Generalmente ,en la atención primaria de salud mental ,la atención es ejecutada por una persona no especialista, quien hace una referencia de los casos complejos a un nivel superior de atención donde hay profesionales de salud mental especialistas. Se describe que sólo el 87%¹⁰⁶ de los países, que representan al 97% de la población mundial, reportan atenciones de salud mental como tal.

La estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz define de la siguiente manera su misión : “Supervisar y monitorear los lineamientos políticos y estrategias nacionales de la salud mental”¹⁰⁷(DIRESA,2010).

La estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz ha formulado su visión de la siguiente manera : “ Posicionar a la salud mental con un enfoque de comprensión, equidad, accesibilidad y descentralización” (DIRESA,2010).

¹⁰⁶ OMS .Determinantes de la salud mental,2001

¹⁰⁷ DIRESA CALLAO .Análisis situacional de salud mental 2010,2010

En la Provincia Constitucional del Callao la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz que desarrolla la Dirección Regional de Salud del Callao (2011)¹⁰⁸ tiene los mismos objetivos estratégicos que la estrategia a nivel nacional , y tenía los siguientes objetivos específicos:

- Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en la elaboración y conducción de las políticas, planes y estrategias de salud mental en el país;
- Posicionar a la Salud Mental en la Región Callao como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo Regional sostenible.
- Implementar en el Modelo de Atención Integral el componente de Salud Mental.
- Fortalecer y desarrollar el potencial humano en salud mental en todas sus etapas de vida.
- Garantizar el acceso equitativo y uso racional de medicamentos.

4.2 ÓRGANOS RESPONSABLES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ EN EL CALLAO

La conducción de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Callao está bajo responsabilidad de la Dirección General de Salud (DIRESA CALLAO) ,y de modo específico de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas que delega el desarrollo de la estrategia a un Coordinador Regional de la Estrategia de Salud Mental.

¹⁰⁸ DIRESA Callao.(2011) Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

La DIRESA Callao posee tres redes de salud: Ventanilla, BEPECA y Bonilla .La Estrategia de salud mental y cultura de paz a nivel del Callao estaba a cargo de un Coordinador Regional de profesión médico con la especialidad de psiquiatría y contaba con un Coordinador psicólogo en cada una de las redes de salud del Callao.

Es preciso señalar que la estrategia sanitaria de salud mental es parte de una política pública orientada al bienestar social y mejoramiento de la calidad de vida de la población del Callao .Esta política pública está orientada a la superación de la pobreza y desigualdad , gestión ambiental y ordenamiento territorial ,desarrollo de la ecoeficiencia y la competitividad , y fortalecimiento de la gobernabilidad ;teniendo como objetivos estratégicos¹⁰⁹:

-Fortalecer el acceso de servicios sociales básicos de calidad ,especialmente de salud y educación ,y propiciar condiciones para la realización personal ,con inclusión social .

-Fortalecer el Sistema de Gestión Ambiental Regional que contribuya al desarrollo sostenible y a la calidad de vida de la población, fortalecer el sistema de gestión de emergencias y desastres.

-Generar condiciones regionales para un desarrollo económico competitivo y sostenible que coadyuve al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

¹⁰⁹ Gobierno Regional del Callao.Plan Estratégico Institucional 2011-2013

-Desarrollar el sistema de viabilidad y comunicaciones como soporte del desarrollo regional.

-Generar y fortalecer las capacidades institucionales de los diferentes actores de la sociedad civil para desarrollar sinergias hacia la transparencia ,vigilancia social ,participación propositiva y de acción contra toda forma de violencia y de mal uso del o poder .

Constituyendo la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz , una estrategia cuyos objetivos contribuyen al logro de los objetivos estratégicos de la política pública a nivel regional que buscan el bienestar social y mejora de la calidad de vida, se esperaba que la conducción debería estar a cargo de un profesional con formación en gerencia social que domine las herramientas que posibiliten el éxito en el desarrollo de la estrategia. En el 2010 y 2011 la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz no contaba con Equipo Técnico a nivel de la DIRESA Callao ni en las Redes.de Salud.

Durante el año 2010 la Estrategia en la DIRESA Callao tuvo dos coordinadores regionales que se sucedieron en el cargo :el Médico Ricardo Bustamante y el Médico Francisco Bravo Alva. En el año 2011 la Estrategia estuvo a cargo de un Coordinador Regional el Médico Psiquiatra Francisco Bravo Alva y contó con Coordinadores Psicólogos en cada una de las redes de salud.

El número de establecimientos de salud en el Callao son de 48 , y sólo en 28 establecimientos había un psicólogo , faltando cubrir 20 centros de salud con psicólogos. La información de las actividades de la Estrategia se recogía en una formato paralelo que era utilizado en todos los establecimientos de salud de las redes.

A continuación mostramos los recursos humanos y materiales con los que se cuentan a nivel regional del Callao para el desarrollo de la estrategia nacional de salud mental materia de estudio.

Tabla No 2

Recursos Humanos para el Desarrollo de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz

	REGION	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	CAMAS PSIQUIATRICAS
DIRESA Callao	Redes	1	28	0
	Hospital Daniel Alcides Carrión	3	10	0
	Hospital San José	4	8	0
	Hospital Ventanilla	1	2	0
	TOTAL	9	34	0

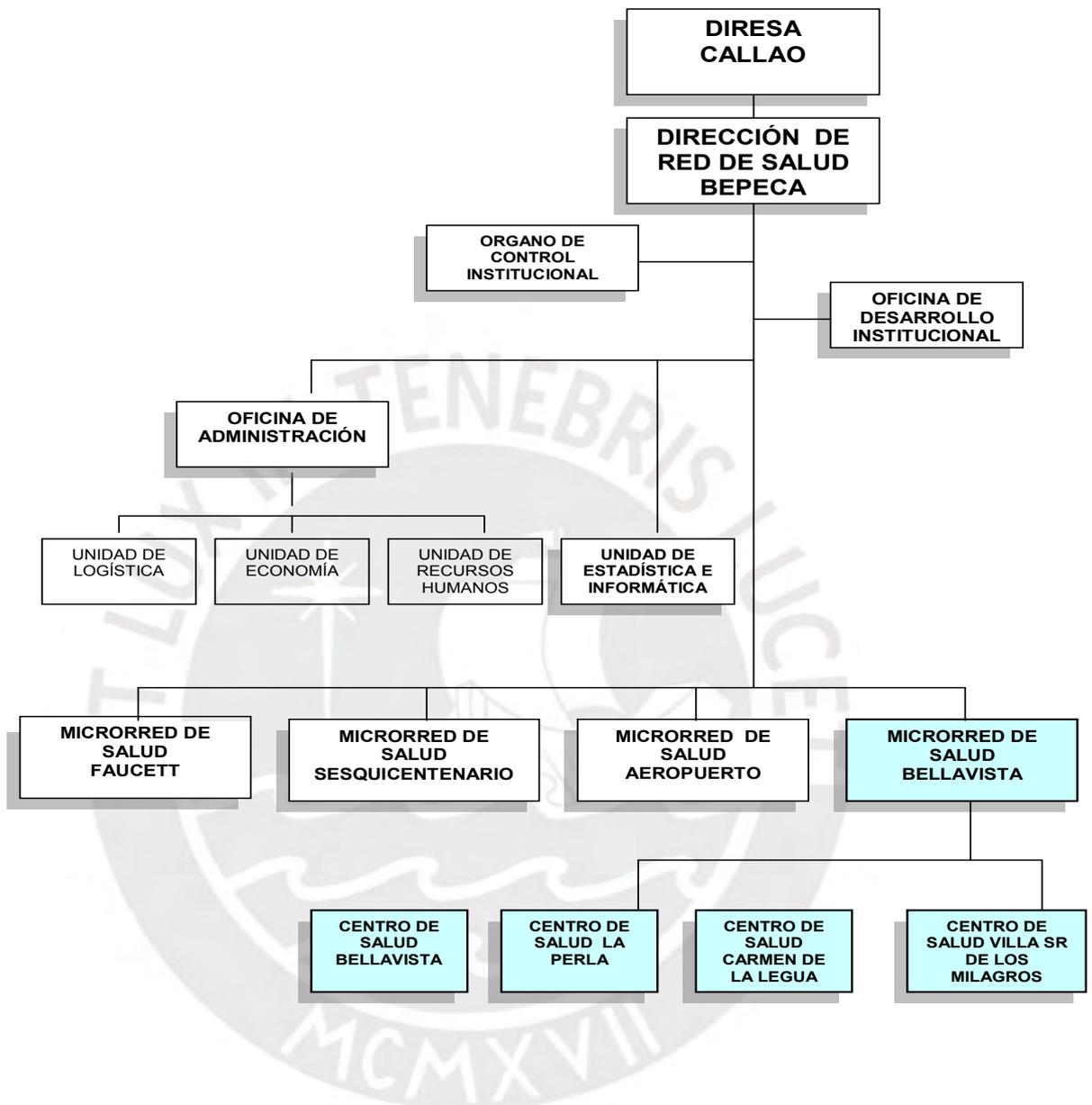
Fuente : DIRESA Callao.ASIS 2011

Como se puede apreciar en la tabla No 2, es evidente la carencia de recursos humanos que trabajen en el área de salud mental y también es evidente la carencia de camas asignadas a psiquiatría, que de acuerdo a la recomendación de la Declaración de Caracas sobre la Reforma de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1,990) los Hospitales Generales deben asignar el 10% del total de sus camas a psiquiatría.

En el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz se implementa en los establecimientos de salud de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros que dependen estructuralmente de la Microred Bellavista y la Red BEPECA ,lo que se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfico No 2

Organigrama estructural de la Red de Salud BEPECA con los establecimientos de salud



Fuente: Red de Salud BEPECA.DIRESA Callao

En cada establecimiento de salud el Médico Jefe designa a un coordinador responsable de la ejecución de la Estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz ,que coordina con el responsable de la Red de Salud.

La estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud tiene los siguientes indicadores para monitorear el cumplimiento de metas : metas de cobertura de atendidos, metas de tamizaje de problemas de salud mental, metas de visitas familiares integrales ,metas de intervenciones comunitarias, metas de talleres de habilidades sociales y metas de capacitación de recursos humanos en salud mental.

Se reporta los avances de la estrategia en un formato que incorpora los indicadores anteriormente señalados , los que se entregan mensualmente para valorar los avances en el cumplimiento de metas ,que es llenado por el responsable de la estrategia sanitaria en el establecimiento de salud.

En el centro de salud Carmen de la Legua el responsable de la estrategia sanitaria en el año 2010 fue el psicólogo SERUMISTA Giancarlo Espinoza Sanchez y en el año 2011 fue la Licenciada en Psicología Ada Bocanegra Arocena.

En el establecimiento de salud Villa Señor de los Milagros la responsable de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los años 2010 y 2011 fue la Médico General Jefe Roxana Salas .

4.3.-Desarrollo de la estrategia sanitaria nacional de salud mental en el Callao en el año 2010

En el análisis de situación de la salud mental en el año 2010¹¹⁰ la DIRESA Callao presentó los siguientes resultados a nivel de la Provincia Constitucional del Callao destacando el avance en acciones de promoción, prevención y recuperación sobre tres ejes

¹¹⁰ ASIS .Salud Mental 2010.Dirección Regional de Salud Callao.2011.

prioritarios: la atención de la violencia intrafamiliar, la depresión , el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Las acciones incluyeron el desarrollo de sesiones educativas y talleres de habilidades para la vida que eran dirigidos a la población de adolescentes y jóvenes, el tamizaje de problemas de salud mental y la atención de las patologías prevalentes. Se reportaron que a nivel de la Provincia Constitucional del Callao en el año 2010 se desarrollaron más del 100% de actividades previstas en prevención de violencia familiar siendo mayor el de charlas educativas en un 146%,seguido de tamizaje en violencia contra la mujer en un 137% ,talleres de habilidades para la vida en 133% y tamizaje de adicciones en la mujer sólo 103%.

En la evaluación por grupos etarios en el año 2010 se reportó en todos los grupos una mayor detección de violencia intrafamiliar en las entrevistas de tamizaje, con excepción del grupo de adultos mayores, en donde los casos de depresión eran los más frecuentemente reportados. El informe reporta que el tamizaje en adicciones ha sido bajo a nivel a nivel regional.

En la evaluación de casos atendidos por salud mental a nivel regional en las redes de salud en el Callao en el año 2010 se reportó que las patologías más frecuentes eran depresión, estrés y ansiedad.

Se observaba un reducido número de casos atendidos por adicciones a alcohol y otras drogas, el menor número de atenciones en los casos de adicciones se asociaba a una menor especialización del recurso humano en esta actividad, pero también a una baja demanda debido a la estigmatización que conlleva el diagnóstico de este problema , así como a la poca motivación para el tratamiento.

Los casos de intento de suicidio fueron más frecuentes en los hospitales debido a que constituyen los lugares donde acuden estos casos como emergencias médicas .

Tabla No 3

Porcentaje de casos atendidos por problemas de salud mental por cualquier causa en redes y hospitales

Establecimiento	2010		
	Atendido Salud Mental	Meta	Cobertura %
	RED BONILLA	11,677	85,925
RED BEPECA	6,109	72,330	8.4%
RED VENTANILLA	4,812	103,438	4.7%
HOSPITAL CARRION	4,548	63,315	7.2%
HOSPITAL SAN JOSÉ	3,626	98,483	3.7%
Total	30.772	423,491	7.3%

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz.DIRESA Callao

La tabla refleja bajas coberturas de atendidos a nivel de todo la Provincia Constitucional del Callao lo que indudablemente preocupa por cuanto la población del Callao no está teniendo acceso a la atención de sus problemas de salud mental .

4.4.-Desarrollo de la estrategia sanitaria nacional de salud mental en el Callao en el año 2011

Según el informe “Análisis de situación de salud mental y cultura de paz 2011” de la DIRESA Callao la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz ha llevado a cabo acciones de promoción,

prevención y recuperación durante el año 2011 sobre tres ejes prioritarios: la atención de la violencia intrafamiliar, la depresión y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

En el 2011 se reporta el incremento de intentos de suicidio a nivel provincial que amerita tomar en cuenta para tomar decisiones sobre todo el tratamiento de la depresión y el manejo de emociones y el afrontamiento de los problemas que se pueden presentar en la vida de las personas.

A continuación se muestra el porcentaje de atendidos en salud mental en el Callao en el año 2011.

Tabla No 4

Porcentaje de casos atendidos por problemas de salud mental en redes y hospitales DIRESA CALLAO 2011

Establecimiento	2011		
	Atendidos		Cobertura
	Salud Mental	Meta	
RED BONILLA	16,868	78,434	21.5%
RED BEPECA	4,061	69,229	5.9%
RED VENTANILLA	3,652	98,123	3.7%
HOSPITAL CARRION	4,264	58,265	7.3%
HOSPITAL SAN JOSÉ	604	112,849	0.5%
Total	29,449	416,900	7.1%

Fuente: Informe Paralelo - Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz,

En la tabla se observa la proporción entre los atendidos por algún problema de salud mental tanto a nivel de las redes como en los hospitales, notándose que la mayor proporción de atendidos se encuentra en la Red Bonilla, lo cual es coincidente con el mayor número de psicólogos con que cuenta esta Red, en contraste con la Red Ventanilla que cuenta con el menor número de estos profesionales.

Las dos últimas tablas expresan una pobre cobertura de atención a nivel regional de la estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz lo que amerita un cambio paradigmático en los servicios de atención de la salud mental en el Callao.

4.5.Descripción de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua Reinoso

La población asignada a los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros se expresan en la siguiente tabla:

Tabla No 5

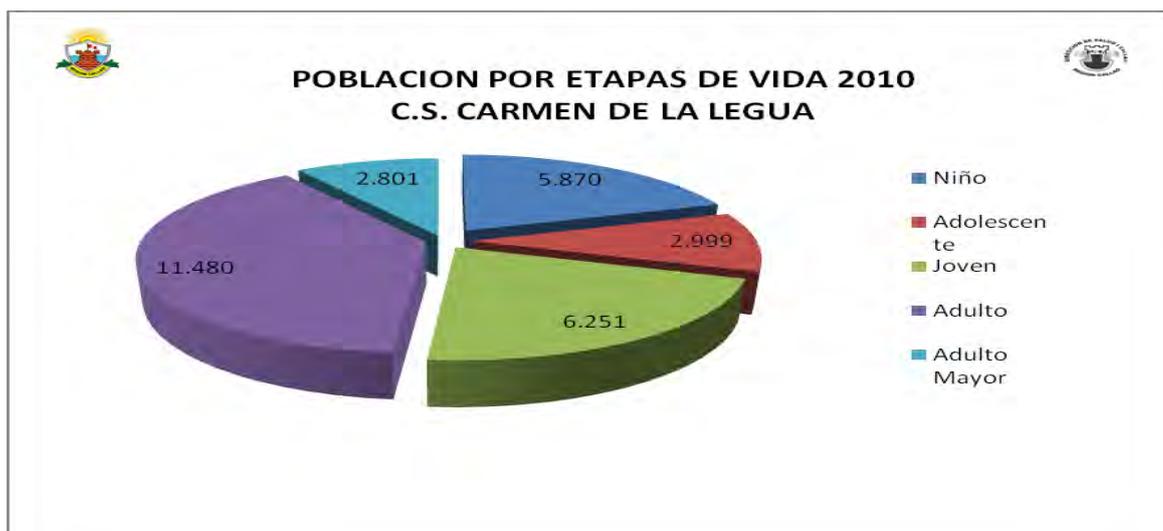
Población asignada a los establecimientos Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros 2010-2011

Establecimiento de salud	Población 2010	Población 2011
C.S. Carmen de la Legua	29401	27707
C.S. V. Sr. De Los Milagros	15536	14641

Fuente: DIRESA Callao

Gráfico No 3

Población sujeto de programación por grupos etáreos del establecimiento Carmen de la Legua



Fuente:Oficina de estadística.DIRESA Callao.

Del gráfico mostrado se aprecia que la población mas amplia es la de adultos seguida de jóvenes ,niños ,adolescentes y adulto mayor en el Centro de Salud Carmen de la Legua .

Gráfico No 4

Población sujeto de programación del establecimiento de Salud Villa Señor de los Milagros



Fuente:Oficina de estadística.DIRESA Callao.

Del gráfico anterior se aprecia que la población mas numerosa es la de los adultos seguida de jóvenes ,niños ,adolescentes y adulto mayor para el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros.

Ambos cuadros muestran que la mayor población estaba constituido por adultos y jóvenes quienes forman parte de una población económicamente activa ,sin embargo ,una gran proporción de esta población se encuentra desempleada o subempleada .

En la siguiente tabla se muestra los recursos humanos con los que cuentan los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

Tabla No 6

Recursos humanos de los centros de salud Carmen de la legua y Villa Señor de los Milagros

	C.S CARMEN DE LA LEGUA	C.S VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS
MEDICOS	4 (1 MEDICO PSIQUIATRA)	3
ENFERMERAS	2	1
PSICOLOGOS	1	0
ODONTOLOGO	1	1
TECNICAS DE ENFERMERIA	3	3
TRABAJADORA SOCIAL	1	0
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	1
TECNICOS DE LABORATORIO	2	1
OBSTETRIZ	1	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	5	3
TECNICO AMBIENTAL	1	0
AUXILIAR FARMACIA	2	2
TOTAL	24	16

Fuente :Elaboración propia

CAPITULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

5.1.DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En el presente caso se realizó una investigación evaluativa de la ejecución de la estrategia sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa señor de los Milagros, analizando los factores de gerencia social que se relacionan o asocian con los resultados obtenidos en el desarrollo de la estrategia, tales como los procesos de planeamiento, organización ,dirección y control de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz.

La investigación evaluativa es un tipo de investigación aplicada que a diferencia de la investigación básica ,no busca descubrir o llegar al conocimiento científico sino pone especial énfasis en la utilidad del conocimiento para el logro de metas . La investigación evaluativa facilita información para una adecuada planificación del programa o proyecto , la ejecución y desarrollo optimo. La investigación evaluativa al encontrarse en el marco de la investigación aplicada, plantea predicciones que se convierten en resultados de la investigación. Las recomendaciones que se suelen plantear en los informes evaluativos constituyen propuestas de predicción¹¹¹

La investigación evaluativa posee un conjunto de variables sobre las que el evaluador generalmente tiene escaso o ningún control ,y los resultados son limitadamente generalizables, ya que son aplicables al programa o proyecto que está siendo evaluado y a alguno de sus componentes .

¹¹¹ Santiago Correa Uribe, Antonio Puerta Zapata, Bernardo Restrepo Gómez. Introducción a la investigación evaluativa.1997 Instituto Colombiano Para El Fomento De La Educación Superior, ICFES Bogotá, Colombia.1996

Existen también semejanzas importantes entre la evaluación (investigación evaluativa) y otros tipos de investigación. La investigación evaluativa busca descubrir las relaciones entre las variables y establecer la posible relación causal. Los evaluadores utilizan diferentes métodos de investigación para obtener información: cuestionarios, entrevistas, tests de conocimientos y destrezas, inventarios de actitudes, guías de observación, análisis del contenido de documentos de programas, registros y exámenes de evidencias entre otros. El tipo de metodología que se utilice para recabar los datos, dependerá de la clase de información que se requiera para responder a las preguntas específicas de la evaluación¹¹².

La evaluación institucional implica la evaluación de una institución en sus procesos organizacionales, de tal manera que uno de sus aspectos centrales de evaluación lo constituyen las funciones que la institución cumple y los niveles de organización. Entre los aspectos a evaluar deben considerarse los objetivos o metas que ¹¹³.

También la evaluación de programas y proyectos involucra estimar las actividades relacionadas con los objetivos de diferente duración. Los objetivos son situaciones deseables que pueden lograrse a través de estrategias que el programa utiliza, y sirven para evaluar los resultados alcanzados.

La evaluación implica emitir un juicio sobre una actividad, en relación al nivel de logro de un objetivo previamente trazado,

¹¹² Santiago Correa Uribe, Antonio Puerta Zapata, Bernardo Restrepo Gómez. *Op. Cit.*

¹¹³ BRIONES, Guillermo "Evaluación de Programas Sociales", editorial Trillas. México, 1991

contempla estimar los recursos utilizados y compararlo con otra actividad o parámetro que sea considerado ideal ¹¹⁴, en nuestra investigación la evaluación de la estrategia sanitaria nacional de salud mental en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros se realizará en base a los indicadores trazados por la estrategia sanitaria.

5.2 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo mixta con análisis cuantitativo y cualitativo. Asimismo reúne las características de una investigación de tipo evaluativa.

5.3. UNIDADES DE ANÁLISIS

Las unidades de análisis son los centros de salud Carmen de la Legua y el centro de salud Villa Señor de los Milagros. El objeto de investigación es la estrategia sanitaria Salud Mental y Cultura de Paz en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

5.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Como fuente de información para la presente investigación se utilizó documentos normativos como la R.M No 774-2004- MINSA, resolución que implementa la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz, reportes anuales de la coordinación regional, informes de gestión mensual de la estrategia sanitaria y cultura de paz, informes paralelos mensuales de la estrategia sanitaria que comprende informes de tamizaje y cobertura de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz de los establecimientos Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros

¹¹⁴ SAXENA Shekhar, APARICIO Víctor, RODRIGUEZ Jorge. *Op Cit.*

del Distrito de Carmen de la Legua, informes de visitas familiares integrales e intervenciones comunitarias de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz de los establecimientos Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros ,informes de talleres de habilidades sociales y capacitación de recursos humanos de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz de los establecimientos de salud.

Asimismo se recogió información del personal de salud responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental en los establecimientos de salud y de los médicos jefes, representantes de organizaciones sociales de base y representantes de la municipalidad y entidades estatales.

5.5. TÉCNICAS

-Análisis documental: esta técnica permite aproximarse al objeto de estudio o realidad a través de documentos trascendentes , con la finalidad de conocer y analizar datos y experiencias. En nuestro caso se utilizó los informes operativos de las actividades mensuales realizadas en la estrategia sanitaria de salud mental en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros.

-Entrevista : es una técnica que permite recabar información sobre experiencias humanas específicas. En nuestra investigación la entrevista se realizó a los responsables de la estrategia sanitaria de salud mental en ambos establecimientos de salud , y médicos jefes de los establecimientos a fin de captar la percepción de los mismos sobre el desarrollo de la estrategia de salud mental.

-Focus group: es una técnica cualitativa que permite explorar las opiniones o actitudes en una reunión de grupo de 6 y 12 personas

generalmente .En nuestro caso se realizó el grupo focal con líderes de la comunidad ,promotores de salud, representantes de la municipalidad e instituciones educativas ,teniendo como tema central la salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

5.6 INSTRUMENTOS

- Guía de análisis de documentos normativos y de implementación de la estrategia.
- Matriz de análisis de los informes operativos mensuales de la estrategia
- Guía de entrevista.
- Guía de focus group

5.7 PROCEDIMIENTO

Se recolectó información aplicando análisis documental de los informes operativos elaborados por responsables de la estrategia sanitaria de salud mental en los años 2010 y 2011.

Se realizó entrevistas semiestructuradas a los responsables de la estrategia sanitaria de salud mental de los establecimientos de salud ,y a los médicos jefes de los establecimientos de salud .Las entrevistas se realizaron en los centros de salud respectivos.

Se realizó focus groups con representantes de organizaciones e instituciones de la Comunidad

5.8 VARIABLES

- V1 Cobertura de atendidos en salud mental
- V2. Tamizaje de problemas de salud mental
- V3 Visitas familiares integrales

V4 Intervenciones comunitarias

V5 talleres de habilidades sociales

V6 talleres de capacitación de recursos humanos

Los datos obtenidos se procesaron mediante el uso de técnicas de estadística descriptiva y con el apoyo de la hoja electrónica excell 2007.



CAPITULO VI

RESULTADOS

A continuación presentamos resultados en función a los objetivos de la presente investigación seguidos de un análisis e interpretación del cumplimiento de las metas de la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz y los factores que han limitado o facilitado los avances.

6.1 Cobertura de atendidos en salud mental

Se presenta la cobertura de atendidos en salud mental en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Centro de Salud Villa Señor de los Milagros en forma secuencial.

Tabla No 7

Metas por años y cobertura en porcentaje de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en Centro de Salud Carmen de la Legua año 2010-2011

Etapa de vida	Niño				Adolescente				Adulto				Adulto Mayor			
	2010	Cob	2011	Cob	2010	Cob	2011	Cob	2010	Cob.	2011	Cob.	2010	Cob.	2011	Cob.
Atendidos	1965	2,5	1702	9,9	1984	5,9	1674	23,9	6692	1,2	6389	13,7	1121	0,8	1362	15,4

Fuente: DIRESA Callao.

De la tabla se aprecia que la cobertura (cob.) de atendidos lograda en problemas de salud mental en el Centro de Salud Carmen de la Legua durante los años 2010 y 2011, es bajísima en relación a la cobertura esperada que debería situarse entre un 80 a 100% para afirmar que se ha logrado resultados aceptables de acuerdo a lo establecido por DIRESA Callao. En el año 2010 la cobertura más alta correspondió al del adolescente con un 5,9 % y la más baja del adulto mayor con un 0,8% .En el año 2011 sigue siendo el grupo etario de adolescentes donde se logró mejores resultados con un 23% y el más bajo el grupo de los niños con 9,9%.

Esto refleja que el Centro de Salud Carmen de la Legua no está satisfaciendo las necesidades de salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

Se aprecia en atención a lo anterior, un insuficiente cumplimiento en las metas de cobertura ,lo que expone a la población a una serie de riesgos e inatención de la problemática de salud mental en la localidad.

A continuación se presenta la cobertura de atendidos por la Estrategia Sanitaria en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros

Tabla No 8

Metas por año y cobertura de atendidos en porcentaje de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros en los años 2010-2011

Etapa de vida	Niño				Adolacente				Adulto				Adulto Mayor			
	2010	Cob	2011	Cob	2010	Cob	2011	Cob	2010	Cob.	2011	Cob.	2010	Cob.	2011	Cob.
Atendidos	1040	0,1	900	0	1048	0,3	884	0	3538	0,2	3376	0,4	590	1,2	697	1,7

Fuente :DIRESA Callao

La tabla nos muestra que la cobertura (Cob.) de atendidos lograda en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros en los años 2010 y 2011 expresan un bajísimo nivel de cobertura.

En el año 2010 la cobertura más alta correspondió al grupo etario de adultos mayores con un 1,2% ,y la más baja la cobertura de niños con un 0,1%.

En el año 2011 el grupo etario de adulto mayor logra porcentajes de cobertura de 1,7% y los grupos de niño y adolescente presentan 0% de cobertura .

Esto refleja que el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros está abandonando prácticamente la atención de los problemas de salud mental de su jurisdicción, abandonando sobre todo a grupos vulnerables como niños, adolescentes y adultos mayores.

La situación descrita en el que la cobertura de atendidos es ínfima amerita realizar un cambio paradigmático en el desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el Distrito.

6.2 .Tamizaje de problemas de salud mental

A continuación se muestran el porcentaje de tamizaje de problemas de salud mental como violencia familiar, trastorno depresivo, consumo de alcohol, trastorno psicótico y otros en el Centro de Salud Carmen de la Legua.

Tabla No 9

Porcentaje del Tamizaje de problemas de Salud Mental y Cultura de Paz en Centro de Salud en Carmen de la Legua años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cobertura (%)	Meta 2011	Cobertura (%)
violencia familiar	45	14	77	23,3
trastorno depresivo	65	29,2	200	153,5
Trastorno consumo de	25	12	77	48

alcohol				
Síndrome y/o trastorno .psicótico	0	0	0	7 casos
OTROS (Consejerías)	90	0	130	124,6

Fuente :DIRESA Callao.

De la tabla se puede deducir que en el año 2010 se avanzó más en el tamizaje de problemas depresivos con un 29,2% y en menor proporción la detección de problemas de trastorno de consumo de alcohol con un 12%.En el año 2011 la detección de problemas de depresión superó las metas lográndose un 153,5% de avances.

Se aprecia un avance del 2011 con respecto al 2010 debido a que en el 2011 se contrató a una psicóloga en el Centro de Salud Carmen de la Legua a jornada completa en tanto que en el 2010 las actividades de la estrategia de salud mental estuvo a cargo de un psicólogo SERUMISTA quien laboraba a media jornada sin remuneración.

A continuación veamos el porcentaje de tamizaje logrado de problemas de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros años 2010-2011.

Tabla No 10

Cobertura en porcentaje de Tamizaje de problemas de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cob. %	Meta 2011	Cob. %
Violencia familiar			77	0

	20	5,5		
Trastorno depresivo	25	24	77	3,8
Trastorno de consumo de alcohol	10	20	77	0
Síndrome y/o trastorno .psicótico	0	0	0	0
OTROS (Consejerías)	40	14 casos	60	0

Fuente :DIRESA Callao.

La tabla nos muestra que en el año 2010 se avanzó más en el tamizaje de problemas depresivos con un 24% y en menor proporción la detección de violencia familiar con un 5,5 %.

En el año 2011 sólo se hizo el tamizaje de problemas de depresión en 3,8% descuidándose todos los demás problemas de salud mental.

Se aprecia un mejor avance del 2010 con respecto al 2011 debido a que en el 2010 el psicólogo SERUMISTA del Centro de Salud Carmen de la Legua realizaba una vez a la semana atención asistencial en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros.

Los valores detallados evidencian que hay una desatención en el tamizaje de los problemas de salud mental en la comunidad de Villa Señor de los Milagros , que se agravó en el 2011, lo que definitivamente amerita una intervención urgente por cuanto el tamizaje constituye una actividad de la estrategia sanitaria para detectar en forma precoz problemas de salud mental y para acercar el servicio de salud mental a la comunidad y no se está

logrando tal propósito al no realizar estas actividades programadas por la estrategia.

6.3 Visitas familiares integrales

Otro aspecto importante en el cuidado de la salud mental de la comunidad es la intervención en la familia de los pacientes con trastornos mentales o conductuales.

A continuación se muestra el porcentaje de visitas familiares integrales realizados en la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros, centros de salud responsables de la ejecución de la estrategia en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

Tabla No 11

Porcentaje de visitas familiares integrales en el Centro de Salud Carmen de la Legua años 2010-2011

Motivos de visita	Meta 2010	Cob. %	Meta 2011	Cob. %
Violencia familiar	4	75	6	0
Trastorno depresivo	4	50	6	0

Abuso de alcohol	3	0	5	0
Intento de suicidio	3	0	5	0
Trastorno psicótico	2	0	2	0

Fuente :DIRESA Callao.

De la tabla podemos concluir que las visitas familiares integrales sólo se realizaron en el 2010 en los casos de violencia familiar y trastorno depresivo , pero en el año 2011 no se realizó ninguna visita a pesar que el establecimiento contaba con una psicóloga.

Seguidamente veamos las visitas familiares integrales en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros en los años 2010-2011.

Tabla No 12

Porcentaje de visitas familiares integrales en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros años 2010-2011

Años	2010	Cob. %	2011	Cob. %
Violencia familiar	2	0	1	0
Trastorno depresivo	2	0	1	0
Abuso de alcohol	2	0	1	0
Intento de	1	0	1	0

suicidio				
Trastorno psicótico	1	0	1	0

Fuente :DIRESA Callao.

El cuadro muestra resultados alarmantes ya que no se realizó ninguna visita familiar integral para ningún caso de problemas de salud mental durante los años 2010 y 2011 ,es importante subrayar que la ausencia de un profesional psicólogo no explica esta situación ya que la visita familiar como se detalló anteriormente en otros países es realizada por enfermeras debidamente entrenadas en el campo de la salud mental ,y lo que no falta en ningún establecimiento de salud siempre son las enfermeras. En suma prácticamente la estrategia sanitaria de salud mental está paralizada en este rubro en el establecimiento de salud Villa Señor de los Milagros.

6.4 Intervenciones comunitarias

Se evaluará a continuación las intervenciones comunitarias en el marco de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz.

Tabla No 13

Porcentaje de intervenciones comunitarias en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Carmen de la Legua en los años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cob.%	Meta 2011	Cob.%
Campañas	1	100	1	0
Reuniones multisectoriales	1	0	1	0

Reuniones de sensibilización	1	100	1	400

Fuente :DIRESA Callao.

Las tablas muestran que durante el 2010 se realizaron Campañas de salud mental y reuniones de sensibilización cumpliéndose las metas al 100% pero en el año 2011 sólo se desarrollaron reuniones de sensibilización en la comunidad cumpliéndose al 400% las metas.

Dicha tabla nos indica que de una u otra manera se ha realizado intervención comunitaria pero lo que está faltando de manera alarmante es un trabajo intersectorial que como se ha visto anteriormente para el abordaje de la problemática de salud mental juega un rol trascendental la coordinación intersectorial con la Municipalidad ,sector educativo entre otros.

A continuación se presentará la cobertura de intervención comunitaria en el área de salud mental en el establecimiento de salud Villa Señor de Los Milagros.

Tabla No 14

Cobertura de intervenciones comunitarias en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cob.%	Meta 2011	Cob%
Campañas	sin	0	sin	0

	meta		meta	
Reuniones multisectoriales	sin meta	0	sin meta	0
Reuniones de sensibilización	sin meta	0	sin meta	0

Fuente :DIRESA Callao.

La situación que se expresa en las tablas es preocupante por cuanto no se ha realizado ninguna intervención comunitaria y lo más alarmante es que no hay metas trazadas.

Las intervenciones comunitarias permiten un acercamiento de los servicios de salud mental a la comunidad posibilitando el desarrollo de actividades de promoción y prevención ,lo que no se está desarrollando como debe ser en ambos establecimientos de salud del Distrito Carmen de la Legua ,siendo más grave la situación en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros dejando de cumplir el rol esencial de un centro de salud de I Nivel que es prestar atención primaria de salud.

6.5 .Talleres de habilidades sociales

Las habilidades sociales juegan un rol trascendental en la prevención de trastornos mentales y de conducta de ahí la importancia de evaluar la ejecución de talleres por parte de los establecimientos de salud de la Comunidad.

Tabla No 15

Cobertura en porcentaje de talleres de habilidades sociales en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Carmen de la Legua en los años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cob. %	Meta 2011	Cob. %
Taller de prevención de violencia	8	25	2	0
Taller de prevención de alcoholismo	8	25	2	0
Otros talleres de prevención	7	157	1	0

Fuente :DIRESA Callao.

De las tablas ,se puede inferir que durante el 2010 se avanzo hasta un 157% en las metas de talleres de habilidades sociales y en 25% en talleres de prevención de alcoholismo y violencia en el establecimiento de salud Carmen de la Legua ,sin embargo en el año 2011 no se realizó ningún taller lo que expresa que no se está trabajando en la promoción y prevención de problemas de salud mental.

A continuación presentamos lo que sucedió en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros.

Tabla No 16

Cobertura en porcentaje de talleres de habilidades sociales en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros en los años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cob.%	Meta 2011	Cob.%
Taller de prevención de la violencia	sin metas	0	sin metas	0

Taller de prevención del alcoholismo	sin metas	0	sin metas	0
Otros talleres de prevención	sin metas	0	sin metas	0

Fuente :DIRESA Callao.

La tabla muestran una vez más que no se ha realizado ningún taller de habilidades sociales ,por ende, ninguna actividad de promoción ni prevención de trastornos mentales , a ello se suma la ausencia de metas que impide actividades de monitoreo.

Las habilidades sociales constituyen un factor protector frente a los trastornos mentales y conductuales ,sin embargo el pobre accionar de los establecimientos de salud en el marco de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz refleja un abandono casi total por la salud mental en el Distrito .

6.6 Talleres de capacitación de recursos humanos

Un aspecto importante en el desarrollo exitoso de programas de salud mental en los países latinoamericanos es la capacitación de los recursos humanos en salud mental .

A continuación se muestra las acciones de capacitación desarrollados en los establecimientos de salud .

Tabla No 17

Cobertura en porcentaje de talleres de capacitación de recursos humanos en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Carmen de la Legua en los años 2010-2011

Años	Meta 2010	Cob.%	Meta 2011	Cob%
Médico general	1	0	1	0
Psicólogo	1	0	1	0
Enfermero	1	0	1	0
Obstetriz	1	0	1	0
Trabajadora social	1	0	1	0
Técnico de enfermería	1	0	1	0
Agentes comunitarios	1	100	1	0
otros	1	0	1	0

Fuente :DIRESA Callao.

Sólo se ha cubierto la capacitación durante el 2010 de los agentes comunitarios de salud en el Centro de Salud Carmen de la Legua que son personas de la comunidad que voluntariamente vienen a apoyar actividades de promoción y prevención de las distintas estrategias sanitarias que ejecuta el establecimiento de salud. Sin embargo en el año 2011 no se ha realizado ninguna capacitación al respecto .

Tabla No 18

Cobertura en porcentaje de talleres de capacitación de recursos humanos en la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en el Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros en los años 2010-2011

Años	Meta	Cob.%	Meta	Cob%
------	------	-------	------	------

	2010		2011	
Medico General	1	0	1	0
Psicólogo	1	0	1	0
Enfermero	1	0	1	0
Obstetrix	1	0	1	0
Trabajadora Social	1	0	1	0
Técnica De Enfermería	1	0	1	0
Agentes Comunitarios	1	0	1	0
Otros	1	0	1	0

Fuente :DIRESA Callao.

La tabla muestra que no se ha desarrollado ninguna actividad de capacitación de recursos humanos en salud mental lo que indudablemente va a repercutir en el logro de metas de la estrategia de salud mental.

Las tablas mostradas evidencian que no se han cumplido las metas previstas en cobertura de atendidos , tamizaje, visitas familiares integrales e intervenciones comunitarias, talleres de habilidades sociales y capacitación de recursos humanos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua y Reynoso siendo mas grave la situación en el establecimiento de salud Villa Señor de los Milagros lo que amerita una intervención urgente por cuanto se está dejando sin atención adecuada en salud mental a todo un

Distrito exponiendo por tanto a su población a una mayor carga de trastornos mentales y conductuales .

ENTREVISTAS A LOS RESPONSABLES DE LA ESTRATEGIA SANITARIA DE LOS CENTROS DE SALUD CARMEN DE LA LEGUA Y VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS

Se entrevistó a la responsable de la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental en el Centro de Salud Carmen de la Legua ,quien era de profesión psicóloga, quién manifestó la falta de apoyo desde la Jefatura y del personal de salud en general para desarrollar las actividades de la estrategia sanitaria. Asimismo mencionaba que no se realizaba una atención adecuada en el área de salud mental por cuanto los pacientes que iban a medicina u otro servicio por una dolencia física no eran derivados para evaluar su salud mental a su consultorio. De igual modo describía como un factor limitante la falta de capacitación de los recursos humanos del centro de salud en salud mental.

De igual manera, se entrevistó a la responsable de la estrategia sanitaria de salud mental del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros ,de profesión médico ,quién era a la vez la médico jefe del establecimiento , quién manifestó que una limitación era la polifuncionalidad del personal de salud ,que ocasionaba la falta de tiempo para apoyar las actividades de la estrategia de salud mental ; otro factor mencionado fue la falta de capacitación de los recursos humanos y la poca atención en la planificación y monitoreo por parte de la DIRESA Callao para el desarrollo de la estrategia ,así como la ausencia de un profesional psicólogo para conducir la estrategia de salud mental a nivel del establecimiento de salud.

EVALUACION PARTICIPATIVA

Se realizó un focus group con líderes de organizaciones sociales de base e instituciones de las comunidades para explorar los alcances de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz desde una perspectiva participativa. Para ello se reunió a líderes de organizaciones sociales de base, directivos de las Comunidades de Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros, representantes del sector educativo y de la Municipalidad de Carmen de la Legua Reynoso.

Los participantes en el focus group se describen en la siguiente tabla:

Tabla No 19

Características de los participantes del focus group

Según la fuente de información	Organizaciones sociales/Instituciones	Participantes		Edad Rango	Lugar de residencia	Total
		M	F			
Pobladores en general que participan en organizaciones sociales.	1.Promotores de salud de Carmen de la Legua		4	35-48 años	Carmen de la Legua	4
	2.Promotores de salud de Villa Señor de los Milagros		1	48 años	Villa Señor delos Milagros	1
	3.Miembros de juntas vecinales y comedores populares	2	3	30-60 años	Villa Señor de los Milagros	3
	4.Jóvenes de	1		20 años	Carmen	1

	Comunidad				de la Legua	
Funcionarios del Municipio	5. Funcionarios de la Municipalidad.	1		55 años	Carmen de la Legua	1

Fuente : Elaborado por el investigador en base a participantes

En el focus group los líderes de las organizaciones sociales de base y representantes de la Municipalidad reconocieron la importancia de la salud mental para el bienestar integral de las personas de la comunidad.

A continuación se describen las percepciones de los participantes en el focus group respecto a la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz.

Sobre las concepciones de Salud mental los participantes en el focus group emitieron lo siguiente:

“Persona con salud mental es aquella que tiene sus pensamientos,sus ideas bien concretas” Sonia (Presidente del Comité Local de salud)

“Bien de salud mental sirve para poder trabajar y estudiar”(Roberto Osorio ,líder juvenil de la Comunidad);

“Bienestar tanto emocional como psíquica de la persona que esté dentro de sus cabales”(Luzmila, Comité Local de Salud).

Respecto a los problemas de salud mental los participantes en el focus group manifestaron lo siguiente:

“Los problemas de salud mental son el estrés por problemas en casa ,la economía, la ansiedad”(Juan Carlos, Junta Vecinal).

“..Hay inestabilidad de la familia, familias disfuncionales, problemas familiares de ahí parten los problemas en los niños y en los jóvenes, no está bien el núcleo familiar...(Luzmila, Comité Local de salud)

“La comunicación se ha perdido, en esta época en la que el padre tiene que trabajar más horas, ...si se rompe la comunicación se forman las enfermedades neurológicas, estrés depresión, parálisis faciales”(Roberto Osorio, Municipalidad)

“La tecnología afecta bastante por ejemplo el internet o el chat, llegan del colegio y se van a la computadora,si tienen la suerte de tener computadora, quieren más a la computadora que a la mamá o al papá”(Luzmila, Comité Local)

“Los niños piensan que las discusiones son normales, porque se vienen desarrollando en un ambiente de violencia, falta mucho cariño de los padres a los hijos”(Vilma, Directora de Institución Educativa San Rafael)

“Un joven amenazaba con quitarse la vida, tenía muchos problemas en su casa, en su trabajo, y al día siguiente se ahorcó, ...”(Sonia Villacaba, Presidenta del Comité Local de Salud)“

“..... en la cuadra 13 de la avenida Manco Capac se ahorcó un niño tenía 11 años”(Enriqueta, Comité Local de Salud)

“Hay problemas de violencia hacia la mujer que no salen a la luz, tu vas a la comisaria a denunciar maltrato lo primero que dicen es ¿qué habrás hecho?.....por eso ya no se acuden”(Sonia Villacaba, Comité Local de Salud).

“Yo trabajo en emergencias del Carrión y he visto muchos casos de aquí del barrio de Carmen de la legua, personas que se lesionan así misma”(Juan Carlos, junta vecinal).

“El problema del alcoholismo persiste, porque no cierran esas casas que venden licor” (Enriqueta, Comité Local de salud).

Respecto a las intervenciones en la comunidad , por parte del personal de salud de la estrategia sanitaria de salud mental de los establecimientos de salud ,opinaron los miembros de la comunidad lo siguiente:

“Nunca hemos visto que visiten las casas para ver problemas de salud mental ” (Roberto ,Municipalidad)

“En el Distrito de Carmen de la Legua no he escuchado que el personal de salud visite las familias ” (Enriqueta);“...

“La única entidad que conocemos en salud mental es el Larco Herrera” (Luzmila).

En relación a las limitaciones de la atención de los problemas de salud mental los miembros del focus group expresaron :

“El hospital San José la posta de Carmen de la legua ,la de Villa Señor de los Milagros y la municipalidad, deberían participar juntas..”(Juan);

“Disminuir los costos de la atención de psicología , psicólogos en los colegios; es muy necesario.....”(Mercedes Vallejo)

“Yo creo , que ya, la parte de salud mental debe ser declarado una necesidad pública en el Callao por la abundancia de alcoholismo ,maltrato, violencia..... debería haber en el centro de salud un centro especializado para poder prevenir esos temas.” (Roberto Osorio ,Municipalidad)

Respecto a los problemas de salud mental en la comunidad los integrantes del focus group perciben como principales problemas el estrés ,violencia familiar ,violencia hacia la mujer, intento de suicidio ,alcoholismo, drogas ,pandillaje y el maltrato infantil en la comunidad.

Sobre el posicionamiento de la salud mental en la comunidad ,los líderes de organizaciones sociales de base manifestaron que los centros de salud no han salido a la comunidad a realizar acciones de promoción y prevención en salud mental. Asimismo reclaman la presencia de especialistas de salud mental principalmente psicólogos .

6.7. Factores limitantes y facilitadores que influyeron en el cumplimiento de metas de la estrategia sanitaria de salud mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua.

6.7.1 Factores limitantes y facilitadores desde la gerencia social.

En cuanto se refiere a los procesos gerenciales involucrados en la ejecución de la “Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz”, no se ha utilizado herramientas de gerencia social que posibiliten una gerencia flexible y participativa como lo conceptúa Mokate y Saavedra¹¹⁵..

¹¹⁵ Mokate, K. y Saavedra, J.(2006)Gerencia social. Banco Interamericano de desarrollo.

En el diseño e implementación de las estrategias no se ha considerado las direcciones de trabajo recomendadas por Klibsberg.¹¹⁶

En el diseño e implementación de la estrategia no se ha involucrado a los actores sociales de la comunidad basándose solo en un enfoque burocrático sin considerar que la salud mental es un componente fundamental del desarrollo humano y un componente indispensable para optimizar el desarrollo nacional sostenible. En la planificación no se ha desarrollado un análisis sistemático del contexto donde se iba a desarrollar la estrategia, no se han identificado oportunidades y riesgos a partir de los análisis de las dimensiones políticas, culturales y sociales de la comunidad.

Al respecto, la estrategia de salud mental y cultura de paz se implementa en la Dirección Regional de Salud de la Provincia Constitucional del Callao bajo el mandato de una Resolución Ministerial, y la DIRESA Callao asignó la responsabilidad de su conducción a un médico psiquiatra teniendo en consideración para dicha asignación el perfil técnico del profesional en salud mental, sin considerar si dicho responsable posee la formación en gerencia social, por cuanto se trata de una estrategia sanitaria que tiene un alto impacto en el bienestar social.

Como factor facilitador se puede mencionar que conceptualmente la estrategia sanitaria tiene en consideración que la planificación debe ser participativa, sin embargo, en los hechos no se ha planificado de este modo.

Igualmente como factor facilitador, se tiene los fundamentos teóricos de la estrategia de salud mental que plantea que el trabajo debe ser intersectorial lo que no se está cumpliendo.

¹¹⁶ Klibsberg, B. Hacia una gerencia social eficiente.

En la organización y ejecución de la estrategia no se ha realizado un abordaje integral ,teniendo predominantemente un enfoque sectorial. No se ha establecido una red de acción sectorial e intersectorial de mayor impacto ,que trascienda los límites de la enfermedad mental y generen entornos y estilos de vida saludables. Asimismo no se ha desarrollado capacidades para una gerencia interorganizacional capaz de desarrollar una gerencia sinérgica que aproveche las potencialidades de la descentralización.

En consecuencia, no se ha posicionado social ni políticamente el tema de la salud mental en la Comunidad por ausencia de redes de soporte intersectorial e interinstitucional que permitan difundir su rol trascendente o determinante para una mejor calidad de vida, el debate sobre los enfoques y políticas y, la organización de un sistema de información e investigación intersectorial que incluya la identificación de experiencias exitosas en salud mental. De igual modo, en la ejecución de la estrategia no se ha desarrollado capacitaciones para mejorar la calidad de los recursos humanos de los Centros de Salud en relación a los alcances de la estrategia sanitaria.

Una evaluación cualitativa realizada a través de focus group con líderes de las organizaciones sociales de las comunidades de Carmen de la Legua y Villa Señor de Los Milagros y autoridades del Distrito donde se ejecuta la estrategia , refleja que no se ha establecido redes de soporte , sociales y comunitarias para la eficiencia de la estrategia.

A nivel de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros ,la conducción de la estrategia está a cargo de médicos generales o psicólogos que carecen de la

formación en herramientas de gerencia social que garanticen el buen desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz.

En el control y evaluación de la estrategia no se ha desarrollado una evaluación participativa ni control social por parte de los actores sociales involucrados, y no se ha desarrollado un control gerencial adaptativo por parte de los coordinadores del nivel central que permitan superar la tradicional separación entre planeación y acción.

En esta perspectiva, el monitoreo y la evaluación en la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz requiere de un abordaje técnico que permita medir resultados cuantitativos teniendo en cuenta aspectos cualitativos. Al mismo tiempo los sistemas de medición de los programas deben estar funcionando en "tiempo real", para que la información de los resultados puedan considerarse e incorporarse en la toma de decisiones gerenciales. Tales resultados de monitoreo y evaluación deben incorporarse sistemáticamente de manera organizada para un adecuado procesamiento y análisis, y así contribuir en la toma de decisiones

Los programas y proyectos sociales deberían reportar en forma oportuna y continua la puesta en marcha y resultados de la gestión.

En síntesis, podemos definir que los principales factores limitantes en el desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud del Distrito Carmen de la Legua Reynoso fueron:

a) A nivel de diseño y planificación :

-No se ha realizado un plan conjunto de acciones en la estrategia sanitaria de salud mental en los establecimientos de salud Carmen

de la legua y Villa Señor de los Milagros a pesar de pertenecer los dos establecimientos a un mismo Distrito.

-No se ha planificado acciones intersectoriales .

-No se ha diseñado acciones de participación ciudadana

b)A nivel de implementación:

-No se cuenta con recursos humanos capacitados en salud mental.

-Sólo el Centro de Salud Carmen de la Legua cuenta con psicólogo en tanto que el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros no cuenta con dicho profesional.

c)A nivel de gestión:

-La gestión a nivel de DIRESA da prioridad al enfoque asistencial antes que a la promoción y prevención en el ámbito de la salud mental .

-Ausencia de un monitoreo y supervisión de la estrategia sanitaria de salud mental.

En relación a los factores facilitadores en el desarrollo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso se tiene:

a)A nivel de diseño y planificación :

-Existencia de normatividad a nivel de MINSA sobre el modelo comunitario de atención de la salud mental con enfoque descentralizado y participativo

b) A nivel de implementación

-Existencia de personal profesional de enfermería y médicos que asumen la responsabilidad de la estrategia sanitaria.

-Protocolos de implementación de la Atención de Salud Mental

c) A nivel de gestión

-Existencia de indicadores para el monitoreo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz.

6.8. Propuesta para optimizar la atención de la salud mental y gestión de la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz.

La propuesta que se formula recoge información del marco normativo vigente, de las entrevistas a los operadores de la estrategia sanitaria en los establecimientos de estudio y del focus group desarrollado con líderes de la comunidad.

Los operadores de la estrategia sanitaria coinciden en que es necesario mayor capacitación en salud mental, mayores recursos humanos y mejor apoyo logístico.

Los líderes de la comunidad proponen que es importante el concurso de la Municipalidad, el trabajo multidisciplinario e intersectorial, el trabajo con organizaciones sociales de base, capacitación a maestros y personal de salud para el manejo de sus emociones, formar promotoras de salud mental para trabajar con la comunidad.

A continuación se plantea la siguiente propuesta : PLAN DE ACCION POR LA SALUD MENTAL EN EL DISTRITO DE CARMENDE LA LEGUA en el marco de los objetivos de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz y del modelo comunitario de atención de la salud mental .

PROPUESTA DE UN PLAN DE ACCION POR LA SALUD MENTAL EN EL DISTRITO DE CARMENDE LA LEGUA

Fundamentación

A partir de los resultados de la evaluación de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz presentados anteriormente ,en forma resumida la atención a la salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua se caracteriza por :

- Débil acceso a la atención en los establecimientos de salud , de los pacientes con trastornos mentales y conductuales.
- Desarticulación de los servicios de salud mental a nivel de Centros de Salud del Distrito y hospitales San José y Daniel Alcides Carrión.
- Falta de formación y capacitación del recurso humano en temática de salud mental en los establecimientos de salud de Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros.
- Débil monitoreo y supervisión de la ejecución de la estrategia sanitaria de salud mental en los establecimientos de salud.

-Escaso desarrollo de acciones de promoción de la salud mental y de prevención de trastornos de salud mental.

-Inexistente trabajo intersectorial con actores sociales, instituciones educativas, Municipalidad ,Ministerio Público, Comisarías, etc.

-Escaso financiamiento de las acciones de promoción y prevención de enfermedades y problemas psicosociales .

-Débil participación ciudadana en el cuidado de la salud mental

Esta situación requiere de un proceso de reorganización de la intervención en salud mental generando el fortalecimiento de un modelo comunitario de atención de la salud mental que retroalimente la información de los distintos niveles de intervención: promoción, prevención, atención, rehabilitación.

El PLAN DE ACCION POR LA SALUD MENTAL que se propone se enmarca fundamentalmente en el nuevo modelo de atención de la salud mental propuesto por la OMS y en el modelo de la atención integral en salud que centra su intervención en las necesidades de la persona, familia y comunidad, dando énfasis a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sin descuidar las actividades de recuperación y rehabilitación.

Para ello se requiere la reorientación de los servicios de salud hacia la calidad de atención, buscando que el establecimiento de salud sea la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de atención de salud , estando más cerca de la gente, donde vive trabaja y estudia.

El modelo comunitario de atención de la salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos

comunitarios, y acoge el principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en servicios externos al ámbito de la salud.

El modelo comunitario de atención de la salud mental requiere la participación y compromiso activo no solo del personal de salud sino también de los interesados directos y profesionales de otros sectores y tiene como eje central el diseño e implementación de un nuevo Modelo de Atención de la Salud Mental, basado en Familia y Comunidad que prioriza la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, el trabajo comunitario extramural, teniendo como eje de intervención en el nivel operativo el abordaje integral holístico de la salud, y las necesidades de la persona, familia y comunidad.

Actualmente la intervención en salud mental por parte de los operadores de la estrategia sanitaria salud mental y cultura de paz en el Distrito de Carmen de la Legua no está concebida de manera sistemática, de allí que las actividades para abordar los trastornos mentales y los problemas de salud mental en general, no estén debidamente articulados para lograr los objetivos del programa, de tal modo que impacten en el incremento de los niveles de salud mental de la población del Distrito de estudio, por lo que se plantea el siguiente plan que contiene los objetivos, líneas de acción y actividades para alcanzar una atención adecuada de la salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

OBJETIVO GENERAL

Brindar servicios de salud mental mediante la implementación de un modelo comunitario de atención de la salud mental y ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso

LINEAS DE INTERVENCION

1. Implementación de una Mesa de Salud Mental del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos de salud mental , con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez y adolescencia.
3. Prestación de servicios de salud mental teniendo como eje la atención primaria de salud previa determinación de prioridades y posteriormente ejecución de las intervenciones.
4. Capacitación de los recursos humanos.
5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental

LINEAS DE INTERVENCIÓN

- 1. Implementación de una Mesa de Salud Mental del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.**

Actividades:

Instalar una Mesa de Salud Mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso constituida por la Municipalidad, sector salud, secretarios generales de urbanizaciones y asentamientos humanos, sector educación, policía nacional, ministerio público ,sociedad civil ,juntas vecinales, vasos de leche, comedores populares y otras organizaciones de la Comunidad que tenga como propósitos:

-Reflexionar sobre los diferentes aspectos de la salud mental en el Distrito y se proponga acciones desde una perspectiva comunitaria de la salud mental.

-Fortalecer el trabajo de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros.

-Establecer convenios nacionales e internacionales con universidades e instituciones relacionadas con el trabajo en Salud Mental.

-Implementar Modelos Comunitarios innovadores para la Atención Psicosocial de niños y adolescentes.

-Proponer la creación de un centro de atención Integral a las conductas adictivas en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

-Implementar un sistema de vigilancia comunal de la salud mental en el Distrito mediante sectorización y referencia.

-Implementar Centros comunales de atención de salud mental (CCASME) en los locales comunales y Municipalidad.

Nivel de responsabilidades de los integrantes de la mesa de salud mental del Distrito

Municipalidad: articular y potenciar los esfuerzos que los diferentes actores sociales realizan en torno a la salud mental y dar viabilidad y sostenibilidad política mediante ordenanza municipal al Plan.

Nivel DIRESA Callao: asistencia Técnica permanente presencial y no presencial, dirigida a lograr una adecuada gestión de la atención de salud, según competencia y líneas estratégicas establecidas, garantizar en las redes de servicios de salud la implementación de planes de mejora de la calidad de atención, desarrollar equipos de Salud Mental comunitaria y Psiquiatría ambulatoria y de enlace, proveer oportunamente recursos humanos y medicamentos.

Nivel de establecimientos de salud : los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros y el Hospital San José trabajarán de manera articulada, los establecimientos articularán el plan de fortalecimiento con las otras estrategias sanitarias.

Nivel organizaciones sociales de base (juntas vecinales, comedores populares, etc): participar activamente en las acciones de Promoción y Prevención en salud mental y en el sistema de vigilancia comunal de la salud mental.

2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez y adolescencia .

-Campañas de salud mental mensual con equipos de salud mental en la sede de las organizaciones sociales de base y entidades del Distrito.

-Impulsar iniciativas amplias para contrarrestar las causas y consecuencias de la violencia con atención especial al maltrato infantil, violencia intrafamiliar.

-Proveer mejores servicios de salud mental para niños y adolescentes, incluyendo el desarrollo de programas educativos y de prevención y detección temprana.

-Desarrollar talleres de prevención de uso de sustancias psicoactivas para niños y adolescentes

-Talleres en comedores populares en prevención de violencia familiar.

-Promoción de familia y vivienda saludable.

-Promover feria de ofertas laborales en coordinación con la municipalidad

-Talleres de habilidades sociales para escolares.

-Talleres de educación sexual para escolares y padres de familia.

3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones.

-Realizar atención psiquiátrica una vez por semana en los Centros de Salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros .

-Atención Psicosocial en los Centros CCASME dirigidos a la promoción, prevención de los trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, a través de la atención ambulatoria en todos los ciclos de vida, es decir niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

- Promover el aseguramiento universal a través del Seguro Integral de Salud a la población vulnerable.

-Ampliar las acciones de detección oportuna de las enfermedades mentales en los diferentes ciclos vitales.

-Promover la identificación y atención de las necesidades psicosociales en los diferentes ciclos de vida.

-Implementar procesos de comunicación Social en Salud Mental.

-Extender la cobertura con servicios preventivos, curativos y de Rehabilitación de Salud Mental a nivel comunitario.

-Atención de salud mental a todos los grupos etarios en función a vulnerabilidad.

-Detección oportuna de problemas de salud mental.

-Referencia a Hospitales de los problemas de salud mental detectados .

- Programa dirigido a las personas con problemas de drogodependencia y a sus familiares a través de terapias grupales para los usuarios con problemas de drogodependencia, terapias grupales para familiares de usuarios, consulta psiquiátrica individual, consulta Psicológica individual, terapia familiar, terapia de pareja, terapia recreativas, servicios de hospitalización y desintoxicación.

-Atención oportuna a casos de depresión, ansiedad, epilepsia, abuso de sustancias, Alzheimer y otras demencias.

4. Capacitación de los recursos humanos

-Talleres de capacitación en salud mental a personal de salud de los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros.

-Formación de agentes comunitarios en salud mental

-Formación de promotores escolares de salud mental

-Capacitación a médicos, psicólogos , enfermeras y otros profesionales de salud en la atención de pacientes con trastornos de salud mental y conductual en el primer nivel de atención.

5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

-Realizar el monitoreo mensual de las actividades desarrolladas

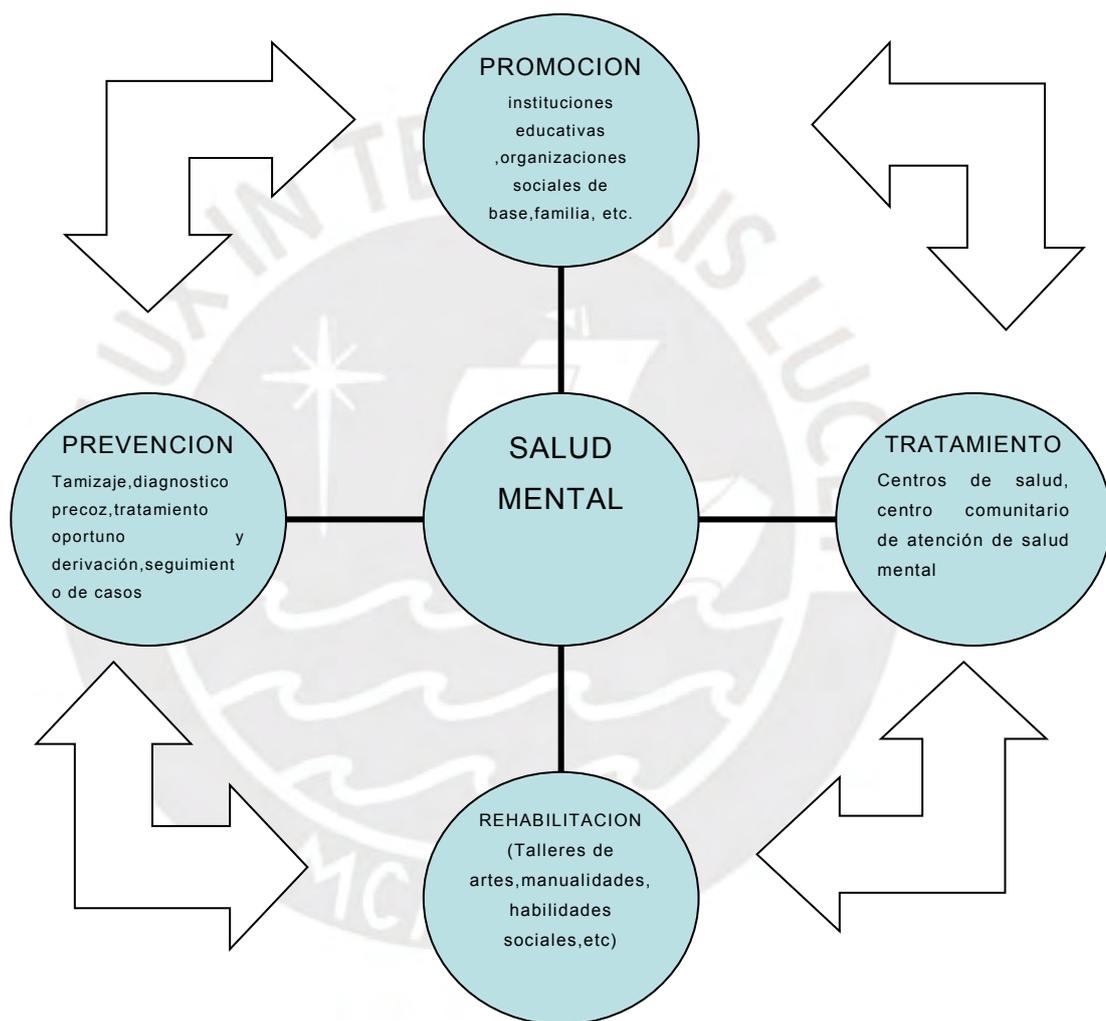
-Realizar la evaluación semestral de las actividades desarrolladas

-Implementar procesos de investigación en Salud Mental en el Distrito.

-Evaluación sistemática de estructura ,procesos y resultados.

Gráfico No 5

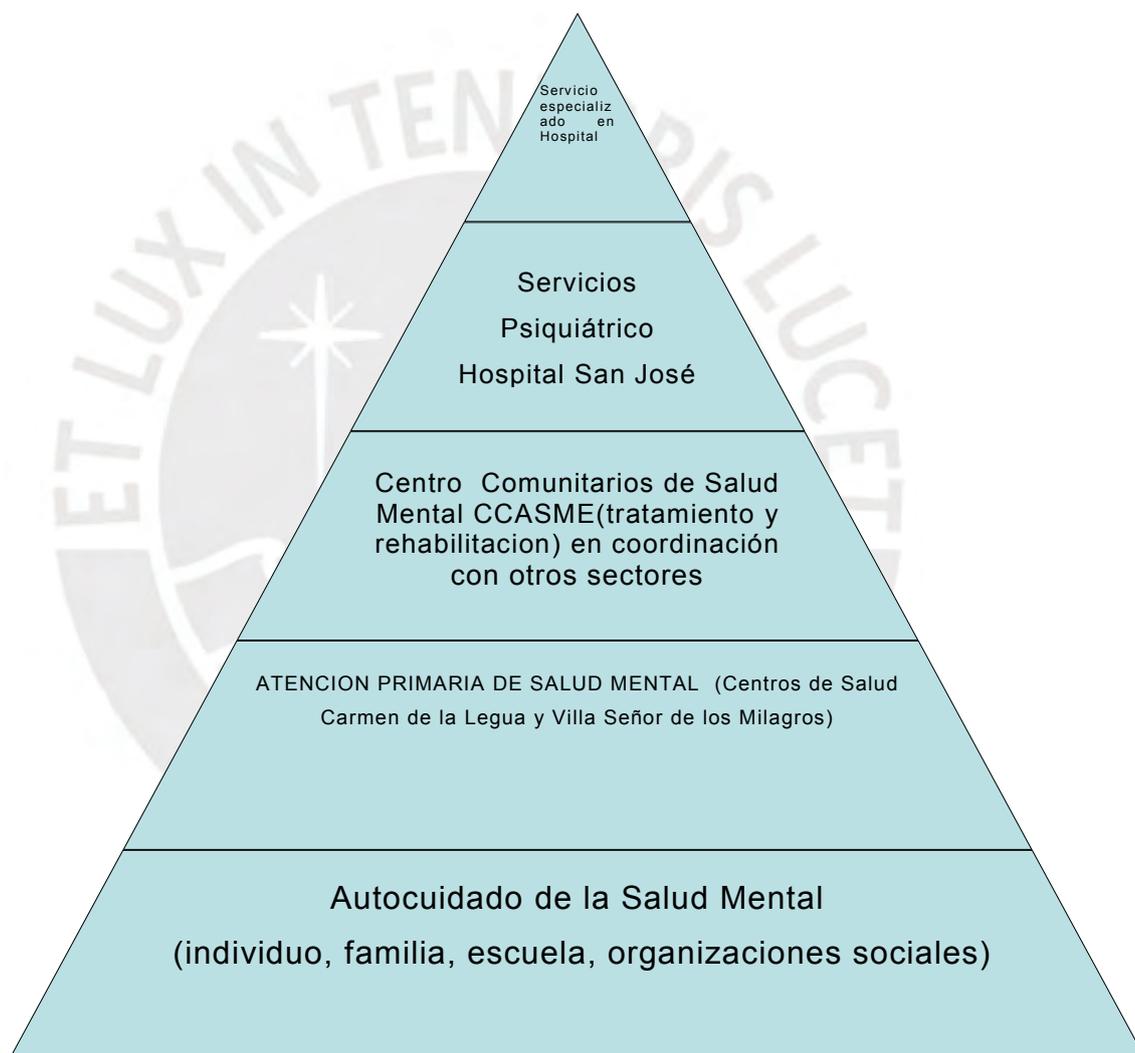
Propuesta de acciones de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el distrito Carmen De La Legua y Reynoso



Fuente : Elaboración propia del investigador

Gráfico No 6

Propuesta de red de atención de salud mental en el distrito de Carmen de La Legua y Reynoso



Fuente : Elaboración propia del investigador

CRONOGRAMA

LINEAS DE INTERVENCION	Responsable	Año 1			Año 2			Año 3		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.Instalación de la Mesa de Salud Mental del Distrito	DIRESA Callao	x								
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez y adolescencia	-Establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros. -CCASME.		x	x	x	x	x	x	x	x
3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud.	-Establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros. -Hospital San José		x	x	x	x	x	x	x	x
4. Capacitación de los recursos humanos.	DIRESA Callao	x			x			x		
5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental	DIRESA Callao	x			x			x		

CONCLUSIONES

1.-Se ha encontrado en la evaluación de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso baja cobertura en el cumplimiento de metas de atendidos en salud mental lo que no permite atender la problemática principal de salud mental por deficiencia en los procesos de diseño ,ejecución y monitoreo . ,y por falta de trabajo intersectorial y participativo de la estrategia sanitaria.

2.-No se han cumplido las metas de tamizaje de problemas de salud mental propuestas para el año 2010 y 2011 en la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud del Distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

3.-No se han cumplido las metas de visitas familiares integrales de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los años 2010 y 2011 siendo mayor el incumplimiento en el Centro de Salud Villa Señor de los Milagros .

4.-No se han cumplido las intervenciones comunitarias en salud mental propuestas por la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz de acuerdo a lo previsto en los años 2010 y 2011.

5.-No se han desarrollado los talleres de habilidades sociales según las metas previstas en la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en los establecimientos de salud.

6.-Los talleres de capacitación de recursos humanos en salud mental sólo se han realizado parcialmente en el Centro de Salud Carmen de la Legua en el año 2010 ,y en el año 2011 no se realizó

ninguna actividad de capacitación en los dos establecimientos de salud.

7.Existe una gran brecha entre los óptimos resultados mostrados por la DIRESA Callao en el cumplimiento de metas de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz a nivel de la Región Callao ,con los exiguos avances en el cumplimiento de metas de la estrategia en los establecimientos de salud del Distrito Carmen de la Legua Reynoso.

8.Hay ausencia de un sistema de referencia y contrareferencia de los pacientes con problemas de salud mental ,en los establecimientos de salud del Distrito .

9.Inexistencia de presupuesto a nivel de la DIRESA Callao para contratar personal idóneo para atender la problemática de salud mental ,como psicólogos ,en los establecimientos de salud del Distrito en el año 2010 y en el 2011, se contrató sólo a un profesional psicólogo .

10.La mayoría de los participantes de los focus groups expresaron su interés en desarrollar mejor los aspectos concernientes a la salud mental por cuanto el Distrito tiene problemas de violencia en sus distintas variantes lo que urge trabajos de promoción y prevención. Asimismo los líderes de las organizaciones sociales de base manifestaron su apoyo para el desarrollo de las actividades de salud mental extrañando la ausencia del personal de salud en la comunidad.

11.Los responsables de la estrategia sanitaria de salud mental de los establecimientos de salud identificaron como factores limitantes para el cumplimiento de metas la falta de profesional especializado en temas de salud mental ,la plurifuncionalidad del personal de salud y la falta de apoyo de la DIRESA Callao al priorizar la

atención de enfermedades infecciosas tales como TBC,EDA,IRA ,etc ; antes que los problemas de salud mental.

12.Otros factores que limitaron el cumplimiento de metas de la estrategia sanitaria de salud mental en el Distrito de Carmen de la Legua Reynoso en los años 2010 y 2011 fueron la falta de una visión holística ,trabajo intersectorial y enfoque participativo en la gestión de la estrategia sanitaria y la ausencia de un sistema de monitoreo del cumplimiento de metas de la estrategia con participación comunitaria.

13.Los factores facilitadores identificados para un adecuado desarrollo de la estrategia sanitaria a nivel del Distrito Carmen de la Legua están representados por la existencia de documentos normativos actualizados a nivel nacional y la disponibilidad de guías de práctica clínica para la atención de los principales trastornos de la salud mental en el primer nivel de atención con participación comunitaria.

14.Es necesario ejecutar un Plan de Acción por la Salud Mental en el Distrito de Carmen de La Legua Reynoso , intersectorial e interinstitucional para mejorar el cumplimiento de los objetivos de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz en el Distrito, mediante la implementación de un modelo comunitario de atención de la salud mental y ejecución de intervenciones de promoción ,prevención ,asistencia y rehabilitación .

RECOMENDACIONES

1. Se debe fortalecer los procesos de gerencia social en la marcha de la estrategia sanitaria de salud mental haciendo uso de una gerencia flexible y participativa, con énfasis en el monitoreo y evaluación participativa de los avances de la estrategia.

2. Dado que a nivel del Gobierno Regional del Callao los problemas de salud mental, como la depresión, la violencia y la drogadicción, han sido considerados como prioridades regionales, para atender la problemática se debe tramitar el contrato de personal especializado para los centros de salud a nivel de Gobierno Regional a partir de proyectos específicos de salud mental.

3. Se debe coordinar con la Municipalidad para realizar trabajos interinstitucionales para las campañas de salud mental y visitas familiares integrales, dado que la Municipalidad ha incorporado en su plan de trabajo una línea de salud mental.

4. Se debe fortalecer el trabajo de educación para la salud mental en los niños y adolescentes a partir de una coordinación estrecha con las instituciones educativas de la Comunidad dado los niveles de violencia y tabaquismo imperante en la localidad.

5. Se debe establecer un programa de capacitación vía Diplomado en forma gratuita dirigido al personal profesional de salud a fin de sensibilizar, motivar y comprometer en la estrategia sanitaria.

6. Se debe capacitar continuamente a los responsables de la estrategia en los establecimientos de salud en el uso de las Guías de Práctica Clínica en Depresión, Psicosis y Trastornos Mentales debido al consumo de sustancias psicoactivas y a los médicos de los centros de salud sobre temas de psiquiatría comunitaria.

7. Se debe fortalecer el trabajo en salud mental tomando en cuenta el Plan Regional de Lucha contra las Drogas y el Acuerdo De Cooperación Interinstitucional entre la Dirección Regional De Salud Del Callao, La Cooperación Técnica Belga y La Comisión Nacional Para El Desarrollo Y Vida Sin Drogas en el Marco del Programa de Prevención del Consumo de Drogas y de Rehabilitación de los Toxicómanos .

8. Difundir los objetivos y las orientaciones de la estrategia de salud mental y cultura de paz al personal de salud y a la población.

9. Mejorar la oferta de servicios en el primer nivel de atención racionalizando el trabajo de los recursos humanos especializados para la atención de casos y capacitando al personal no especialista para la detección de los problemas de salud mental.

10. Establecer un sistema de referencia y contrareferencia efectivo entre los servicios de atención del primer, segundo y tercer nivel de atención.

11. Elaborar e implementar programas para disminuir la violencia escolar bullying.

12. Promover la participación activa de la comunidad para el cumplimiento de las metas de la estrategia sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz en los establecimientos de salud Carmen de la Legua y Villa Señor de Milagros a través de la formación de agentes comunitarios y promotores de salud mental juveniles .

BIBLIOGRAFÍA

BOJORQUEZ GIRALDO, Enrique; CHACON ANTEZANA ,Oscar ,RIVERA RAMIREZ , Giovany.

2012 Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. En Acta Médica Peruana 29 (1)2012.pp.48

CALVIN ,María.

2001 Género, salud mental y violencia. Santiago: EPES .2001

CAMACHOARCE,Carmen,CABALLEROBALDIVIESO,Dora,VEN EGASARZABE,Francis

2009 Situación de la atención Primaria de Salud en servicios públicos de El Alto ,La Paz, Bolivia. En Rev. Panamericana Salud Pública.25(6),2009

CEDRO.

2007 Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2007

ELGORRIAGA ASTONDOA, Eburne.

2011 Ajuste Psicológico y Salud Mental de la población inmigrante: Influencia del Género y la Cultura". Tesis doctoral. Facultad de psicología. Universidad del país Vasco. Donostia-San Sebastián, 2011. Pág. 343

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

2010 ASIS 2010 de Salud mental

FERRO,R.

1988 La salud mental y la cuenca del Plata. Argentina: Foro Concordia de Salud Mental1988

GARCIA, Arturo

2004 Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. Revista Ciencia & Trabajo. Año 6 No14. Octubre Diciembre. Revista Chilena Pediatría 75 (5); 425-433, 2004

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

2008 . Plan Regional por la Niñez y Adolescencia de la Región Callao 2008-2011. GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO, 2008

GOLDEMBERG, Judith; MOLINA, María.

2007 El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Revista Panamericana Salud Pública. 22(3). pp149-159, 2007.

HAQUIN Carlos, LARRAGUIBEL Marcela, CABEZAS Jorge.

2004 Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Revista Chilena Pediatría 75 (5); 425-433

INSTITUTO DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI

2004 Estudio epidemiológico de Salud Mental .2004

INEI

2004 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar .Lima :INEI, 2004

INEI

2008 Perfil Socio demográfico del Perú. Censos Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda, INEI, Lima, agosto 2008

LORI Heise.

1994 Violencia contra la Mujer: la Carga Oculta de Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington DC; Noviembre, 1994. p. 25-28.

MACHER Enrique y SAAVEDRA Javier.

2007 Estudio Epidemiológico de “ La salud mental en el Perú” Instituto nacional de salud mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi,2007

MARTIN PEREZ, Carlos.

2005 Prevalencia y atención a trastornos mentales en la comunidad rural” Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Pagina 150.

MINOLETTI Alberto y ZACCARIA Alessandra.

2005 Plan Nacional de Salud Mental en Chile:10 años de experiencia. Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J PublicHealth 18(4/5), 2005

MALVAREZ Silvina.

2009 Promoción de la Salud Mental .En Salud Mental en la Comunidad.Washington :OPS/OMS,2009,pp170-173

MINSA.

2006 Plan Nacional de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud.pp.35-50,2006

MINISTERIO DE SALUD PERÚ

2004 Lineamientos para la acción en salud mental. Lima: Ministerio de Salud ,pp.27,2004

MOLL LEÓN, Sarah.

2009 Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana”. Facultad de letras y ciencias humanas. Pontificia universidad Católica del Perú. LIMA- PERÚ 2009. Pág. 54.

OBSERVATORIO PERUANO DE DROGAS-DEVIDA.

2009 "Información Estadística sobre Drogas en el Perú," Lima, Perú,pp. 77.

OMS

2001 Informe sobre la salud en el mundo 2001.Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.Ginebra:OMS

OMS.

2005 Atlas de recursos de salud mental en el mundo. Ginebra

OMS

2009 Informe Mundial de Salud . 2009

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .

2010 Informe Anual 2010

OMS.

2007 Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.OMS.2011

OPS/OMS.

2007 Salud en las Américas 2007.Publicación científica y técnica.No 622.Vol. I,pp142-3(salud mental)OPS/OMS.Washington,DC,2007

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

2010Salud Mental en la Comunidad .Segunda Edición..pp.16.Washington:OPS

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .

2001 Informe sobre la salud en el mundo 2001.Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas”.Ginebra:OPS,2001,pp.4

RODRÍGUEZ Jorge.

2007 La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 71 N° 2 Diciembre 2007 pp.117-123

RODRIGUEZ, Jorge.

2011 Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario. En Rev. Psiquiatría Uruguay. Vol 75(2).2011,pp.86-95.

RODRIGUEZ Jorge .

2007 La reforma de los servicios de salud mental :15 años después de la Declaración de Caracas.Washington:OPS,2007.

RODRIGUEZ ,Jorge ;BARRETT Thomas; NARVAEZ Silvia; CALDAS José 2007 Sistemas de salud mental en el Salvador ,Guatemala y Nicaragua .Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS” Revista

Panamericana Salud Pública.2007;22(5):348-57 pp.348-356.

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Iris , TORRES LUGO Dinorah.

2007 La violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental del niño y del adolescente. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente 2007, 7(1)Cuba

MACHER ,Enrique.

2007 La Salud Mental en un Mundo Cambiante: El Impacto de la Cultura y la Diversidad. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi",2007

MINSA(Ministerio de Salud Perú)

2006 Salud mental comunitaria.2006.

TOVAR Alberto.

2011 Estrategias de Acción Social para la Prevención y Promoción de la salud Mental. Universidad Central de Venezuela.2011

SCOPETTA, Orlando

2006 Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. Instituto colombiano de Bienestar Familiar,695-703,2006

SAAVEDRA Javier

2004 Situación de la salud mental en el Perú.Lima.2004

SAXENA Shekhar , BASAURI Víctor, RODRIGUEZ Jorge.

2009 Evaluación de los sistemas de salud mental. En Salud Mental en la Comunidad.Washington:OPS,2009,pp.197

SCHARAGER ,Judith; MOLINA , María .

2007 El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Publica.2007;22(3):pp.158



ANEXOS

ANEXO 1

**FORMATO DE INFORME MENSUAL DE LA ESTRATEGIA
SANITARIA DE SALUD MENTAL**



INFORME MENSUAL DE SALUD MENTAL

DIRECCION:

ESTABLECIMIENTO:

MES:

AÑO:

INSTITUCION:

MINEA:

FRSALU:

SANIDA:

OTRA:

I. TAMBAJE

EDAD	NIÑO						ADOLESCENTE						ADULTO									
	<1		1-4		5-9		10-11		12-14		15-17		18-19		20-24		25-29		30-39		40+	
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
VIOLENCIA FAMILIAR																						
TRASTORNO DEPRESIVO																						
TRAST. CONSUMO DE ALCOHOL																						
SIND y/o TRAST. PSICOTICO																						
OTROS (CONSEJERIAS)																						

II. ATENDIDOS (CASOS NUEVOS MAS REINGRESOS)

ETAPA DE VIDA	NIÑO						ADOLESCENTE						ADULTO									
	<1		1-4		5-9		10-11		12-14		15-17		18-19		20-24		25-29		30-39		40+	
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
VIOLENCIA FAMILIAR																						
TRASTORNO DEPRESIVO																						
TRAST. CONSUMO DE ALCOHOL																						
TRAST. CONSUMO DE OTRAS DROGAS																						
INTENTO DE SUICIDIO																						
ANSIEDAD																						
SIND y/o TRAST. PSICOTICO																						
OTROS																						
1																						
2																						
TOTAL																						

(1 Y 2) Consigne las 2 morbilidades de mayor prevalencia en el rubro "otros" de acuerdo a los códigos de diagnósticos del cie-10

III. MÓDULOS DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL (MAMIC)

ETAPA DE VIDA	NIÑO						ADOLESCENTE						TOTAL ATENDIDOS						
	<1		1-4		5-9		10-11		12-14		15-17		18-19		META ANUAL	AVANCE MES	ACUM. ANUAL	META	
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
ABUSO FISICO																0			
ABUSO PSICOLOGICO																0			
ABUSO SEXUAL																0			
NEGLIGENCIA																0			
TOTAL																0			

IV. VISITA FAMILIAR INTEGRAL

PROBLEMA DE SALUD MENTAL	MET A	AVANCE	ACUM
VIOLENCIA FAMILIAR			
TRASTORNO DE PRE SIVO			

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA A MEDICOS JEFES DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD CARMEN DE LA LEGUA Y VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS

1.-¿Se han cumplido las metas de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el establecimiento de salud en el año 2010 ?

.....
.....
.....

2.-¿Cuál es el factor principal de que no se hayan cumplido las metas de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el establecimiento de salud en el año 2010 ?

.....
.....
.....
.....

3.-¿Qué otros factores han influido para que no se hayan cumplido las metas de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el establecimiento de salud en el año 2010 ?

.....
.....
.....
.....

4.-¿En qué medida la DIRESA Callao ha influido en los resultados de la estrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el establecimiento de salud en el año 2010 ?

.....
.....
.....
.....

5.¿Qué propondría para mejorar el cumplimiento de metas en la laestrategia sanitaria de salud mental y cultura de paz en el establecimiento de salud en el año 2010 ?

.....
.....
.....
.....



ANEXO 3
GUIA DE FOCUS GROUP

Convocatoria :lideres y dirigentes de las Comunidades de Carmen de la Legua y Villa Señor de los Milagros .

1.¿Qué debemos entender por salud mental?

.....
.....
.....
.....
.....

2.En la familia le dan importancia a la salud mental .

.....
.....
.....

3.¿Cuáles son los principales problemas de salud mental en la Comunidad?

.....
.....
.....
.....

4..Creen que el centro de salud en el año 2010 trabajó lo suficiente por los problemas de salud mental de la Comunidad.

.....
.....
.....
.....

5.¿Qué propuestas plantearían para mejorar la salud mental en la Comunidad?

.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....



ANEXO 4
FOTOGRAFIAS DEL FOCUS GROUP



