EDITORIAL
NAVEGANTE

APORTE DE LA GESTIÓN SOCIAL EN EL LOGRO DE UNA CULTURA DE PAZ

Rafael Emiliano Sulca Quispe



APORTE DE LA GESTIÓN SOCIAL EN EL LOGRO DE UNA CULTURA DE PAZ

RAFAEL EMILIANO SULCA QUISPE

Rafael Emiliano Sulca Quispe
Correo de contacto: rsulcaq@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9261-4928
Afiliación: Universidad Nacional Federico Villarreal
Perú

Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión
doble-ciego de pares académicos
(*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons
Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0
Unported License.



ISBN 978-628-95385-4-0

© Rafael Emiliano Sulca Quispe

© Editorial Navegante

Cra 22 N° 35-40 Oficina 217, Edificio Apolo, Bucaramanga, Colombia

www.editorialnavegante.com

Este libro es resultado de la investigación Evaluación de la estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz en el Distrito de Carmen de la Legua de la Provincia Constitucional del Callao, realizada en la Pontificia Universidad Católica del Perú

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos

Diseño de carátula y composición: Freddy Raúl Calienes Quelopana

Edición electrónica: Editorial Navegante

Editado en Colombia

Published in Colombia

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS 9

ÍNDICE DE FIGURAS 10

INTRODUCCIÓN 11

CAPÍTULO I:

SALUD MENTAL 15

1.1 ¿Qué se entiende por salud mental? **15**

1.1.1 ¿Qué determina que alguien está padeciendo una enfermedad mental? **17**

1.1.2 ¿Cómo se definen los trastornos mentales de salud mental? **17**

1.1.3 ¿Por qué la salud mental es fundamental para la salud pública? **19**

1.2 Factores que intervienen en la salud mental **23**

1.2.1 Principales factores que suelen afectar a la salud mental **23**

1.3 Hacia la protección y la promoción de la salud mental **25**

1.3.1 La promoción de la salud mental desde la Academia **27**

1.4 Salud mental como derecho **29**

1.4.1 La salud mental y refugio **30**

1.4.2 Las enfermedades mentales y el aislamiento social **31**

CAPÍTULO II:

SALUD MENTAL EN PERÚ Y EN OTROS PAÍSES **33**

2.1 La situación de la salud mental en Perú **33**

2.1.1. La salud mental en el Callao **35**

2.2 ¿Cuántos profesionales de psiquiatría y de establecimiento existen en Perú? **37**

2.2.2 ¿Qué presupuesto se necesita? **37**

2.2.3 Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 (en el contexto COVID -19) **38**

2.3 Programas de salud mental en Latinoamérica **40**

2.3.1 Chile **41**

2.3.2 Centroamérica **43**

2.3.3 Bolivia **44**
2.3.4 Brasil **44**
2.3.5 Colombia **44**
2.4 Salud mental y cultura de paz desde la comunidad **45**
2.4.1 Integración de la salud mental **47**

CAPÍTULO III:
ACERCA DE LA GERENCIA SOCIAL, PRINCIPALES APORTES **51**
3.1 En torno a la gerencia social **51**
3.2 Objetivos de la Gerencia Social **52**
3.3 Lineamientos de gestión en gerencia social **57**
3.3.1 Herramientas de gerencia social **60**

CAPÍTULO IV:
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 **63**
4.1 Objetivo general **64**
4.2 Objetivos específicos **64**
4.3 Tipo de investigación **64**
4.4 Estrategia de Investigación **66**
4.5 Unidad de análisis **66**
4.6 Fuente de información **66**
4.7 Técnicas **66**
4.8 Instrumentos **67**
4.9 Procedimiento **67**
4.10 Variables **67**
4.11 Resultados **68**
4.12 Cobertura de atendidos en salud mental **68**
4.11 Tamizaje **70**

4.12 Visitas familiares integrales **72**
4.13 Intervenciones comunitarias **73**
4.14 Talleres de habilidades sociales **75**
4.15 Talleres de capacitación **76**
4.16 Entrevista a coordinadores responsables **77**
4.17 Evaluación participativa **78**
4.18 Factores limitantes y facilitadores para el cumplimiento de metas **82**
4.21 Conclusiones **86**
4.22 Recomendaciones **88**

CAPÍTULO V:
PROPUESTA: SALUD MENTAL Y VIDA **91**
5.1 Propuesta de un plan de fortalecimiento de la estrategia
de salud mental en el distrito de Carmen de la Legua **91**
5.1.1 Fundamentación **91**
5.1.2 Objetivo general **92**
5.1.3 Líneas de intervención **93**
5.1.4 Líneas de intervención y actividades **93**
5.1.5 Actividades **93**
5.1.6 Responsabilidades de los integrantes de la mesa de trabajo por la salud mental **94**
5.1.7 Fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención **94**
5.1.8 Intervención oportuna en salud mental **95**
5.1.9 Capacitación del potencial humano **95**
5.1.10 Fortalecimiento de la gestión de la estrategia **96**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **99**

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Llamadas según motivo de consulta a la Línea 113. Abril – mayo 2020* **40**

Tabla 2. *Cobertura atendid*a **68**

Tabla 3. *Avances en metas por años de atendidos de la estrategia en establecimiento CSVillaSeñor 2010-2011* **69**

Tabla 4. *Tamizaje de afecciones mentales en el establecimiento Carmen Legua años 2010-2011.* **70**

Tabla 5. T*amizaje de afecciones mentales en V. Sr. de los Milagros, años 2010-2011* **71**

Tabla 6. *Visitas familiares integrales desarrollado por el CSCarmen de la Legua años 2010-2011* **72**

Tabla 7. *Visitas familiares integrales en el establecimiento VillaSeñor años 2010-2011.* **72**

Tabla 8. *Intervenciones comunitarias en el CS Carmen la Legua años 2010-2011* **73**

Tabla 9. *Intervenciones comunitarias en el establecimiento Villa Señor años 2010-2011* **74**

Tabla 10. *Talleres de habilidades sociales CSCarmen de la Legua años 2010-2011* **75**

Tabla 11. *Talleres de habilidades sociales en el establecimiento VillaSeñor años 2010-2011* **75**

Tabla 12. *Talleres de capacitación en CSCarmenLegua años 2010-2011* **76**

Tabla 13. *Talleres de capacitación establecimiento Villa Señor años 2010-2011* **77**

Tabla 14. *Participantes en el focus group* **79**

Tabla 15. *Cronograma* **98**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Propuesta de fortalecimiento de estrategia **96**

Figura 2. Propuesta de sistema de atención **97**

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que en la actualidad enfrenta la sociedad tiene que ver con la salud mental de sus pobladores. Buena parte de los habitantes padecen alguna afección mental. De acuerdo a reportes ofrecidos por organismos especializados más de 75% de pacientes que presentan alguna enfermedad mental carecen de atenciones especializadas debido a la ausencia y a bajos recursos, lo que agrava más la situación. Las cifras a nivel mundial que reporta la OMS y la OPS en temas de salud mental no es nada alentadora, puesto que 1.000 millones de personas presentan algún tipo de trastorno (Sánchez, Cabra y Silva, 2021).

Por otro lado, muchas personas que presentan algún tipo de trastorno no son por lo general, diagnosticados a tiempo, generando en su conjunto, problemas como por ejemplo de adaptación al medio, incluso, la aparición de otras enfermedades que agravan aún más el panorama.

Aunada a esta situación, muchas de las personas que presentan algún tipo de afección mental son estigmatizadas, incluso discriminadas por la misma sociedad, así como por el personal que labora en los centros de salud pública. Esta situación, ciertamente grave pone en riesgo la vida de muchas personas generando enormes problemas para la sociedad en general.

Buena parte de los problemas de salud mental, en la actualidad ya no es solo un asunto que afecta a los adultos. de acuerdo a los estudios recientes, se estima que muchos de los problemas mentales lo están presentando de igual manera, los jóvenes, ocasionando entre sus variantes, suicidios, problemas con drogas, seguido de abusos por parte de los adultos quienes se aprovechan de la situación de vulnerabilidad en que se hallan muchos jóvenes.

Si bien las atenciones en este campo son políticas de estado, estas en muchas ocasiones pasan de ser atendidas por trabajadores comunitarios quienes no tienen la capacitación suficiente para orientar y atender este tipo de enfermedades. La ausencia del personal especializado es muy común, sobre todo en aquellos países donde los recursos no son suficientes. Por lo general, las atenciones en este campo, son ubicados en centros de salud que se encuentran en las principales ciudades o centros poblados. Esto deja a la intemperie muchas de las comunidades agravando la situación y generando en su conjunto problema muchos más graves.

La salud mental no es una prioridad, de acuerdo a muchos centros de salud, lo cual permite que este problema se agrave. La atención solo está enfocada a problemas mucho más precisos, como emergencias, enfermedades terminales, entre otras, dejando a un lado las afecciones mentales que representan uno de los grandes problemas de la sociedad.

Gran parte de la población de la región que presentan problema de salud mental no tiene fácil acceso a una atención eficiente y adecuada, debido a diversos factores, tales como: carencia de proyectos, fallas en la organización para hacerle frente a problemas de esta naturaleza, ausencia de políticas óptimas que garanticen la salud mental de los pobladores, falta de recursos para mitigar el flagelo de estas enfermedades, forman parte del cuadro dramático que en la actualidad debe enfrentar la sociedad.

La salud mental está relacionada, por un lado, con la promoción del bienestar, y por el otro lado, con aquellas actividades de prevención de trastornos mentales, asimismo, con aquellos tratamientos inherentes a la rehabilitación de las personas que padecen estas enfermedades.

Muchas personas que suelen padecer enfermedades mentales señalan que sus signos son normales o que son parte de su personalidad, por lo tanto, ocultan tales padecimientos generando en su conjunto mayores problemas que pudieran afectarlos en el futuro.

La grave crisis médica que atraviesa Perú aunado al dramático sistema hospitalario debido a diversos factores, ponen en riesgo muchas iniciativas que han emergido de las propias comunidades. Pero muchas de estas iniciativas no son sistemáticamente supervisadas por lo que acaban por desestimarse en su totalidad, provocando que desaparezcan. De allí que se necesitan respuestas inmediatas como las que se pretende desarrollar en el siguiente libro de investigación.

CAPÍTULO I:
SALUD MENTAL

El concepto de salud mental, alude en términos sociales, a un bienestar que goza o debe gozar el individuo. Sin embargo, este también se acoge a una noción genérica de Salud Pública, por lo que este, a su vez, entraña una serie de disciplinas, así como de áreas del saber, es decir, no solo les compete a las nociones de la clínica propiamente dicha, sino también a la epidemiológica, la neuro biológica, cuyo destino están implícitamente relacionados con la prevención, la medicación y el tratamiento. Asimismo, la salud mental, también alude sistemáticamente a los aspectos inherentes al mejoramiento, y, por supuesto, a la calidad de vida de la persona.

Cabe señalar que, la salud mental, tal y como lo indica incluye "labores de prevención de problemas mentales o de conducta e iniciativas de promoción de la salud general cuyas repercusiones en la vida emocional de las personas son cada vez más incontrovertibles" (Alarcón, 2009, p. 26).

1.1 ¿Qué se entiende por salud mental?

Antes de definir o de entender acerca de la salud mental, es menester que se comprenda qué se entiende por salud, lo cual se dice que es la ausencia de alguna enfermedad u afección. Para muchas personas cuando se habla de salud, de forma inmediata creen que por salud es solo la ausencia de algún tipo de padecimiento o enfermedad o afección. Sin embargo, por salud se entiende, en este sentido, sentirse bien, también es un tipo de bienestar que suele experimentar el individuo, de igual modo, es la ausencia de alguna enfermedad, carencia de algún tipo de padecimiento, entre otras acepciones más acertadas

y quizás con mayor atino. La salud tiene una fuerte relación con la vida que se lleva, además con el modo con que el individuo se relaciona con sus semejantes, en el colegio o en el trabajo.

Según García et al, (2020), la salud:

> Es definida como el estado de bienestar integral percibido por la persona, así pues, la salud mental va más allá de la ausencia de síntomas psicopatológicos, se considera un continuo entre la enfermedad y el estado ideal del individuo en las mejores condiciones posibles; es decir, es la capacidad para el disfrute de recursos personales que permitan un funcionamiento óptimo en el contexto sociocultural, así como resistir adversidades y florecer a lo largo del ciclo vital (p.183).

Una vez definida la palabra salud es importante destacar qué se entiende por salud mental, la cual se define como el bienestar de la forma en que se piensa, también la manera de regular tus sentimientos, así como la manera de comportarse. En ocasiones, las personas en alguna oportunidad pueden experimentar algún tipo de padecimiento o trastorno mental que aparece debido a situaciones particulares, de angustia momentánea, angustia o alteración, por lo que estas afecciones pueden afectar la capacidad para los siguientes actos o actividades:

- Tener ausencia de salud mental puede afectar de forma progresiva las relaciones no solo con los familiares sino también con los amigos.
- Funcionar de forma correcta en entornos sociales
- El desempeño tanto en el trabajo como en la escuela pueden verse dramáticamente afectados.
- Impide aprender.
- Impide llevar cabo actividades relevantes.

Por otro lado, es importante que otros de los factores que incide en la salud mental son las normas culturales, así como las expectativas que los individuos se trazan en la vida, por lo que estos de alguna u otra manera inciden en cuanto a los trastornos mentales.

No obstante, la salud mental, además de los anterior, lo determina no solo aspectos de salud propiamente dicha, sino de un conjunto de factores inherentes, pero no casi siempre se consideran, como: una vida armónica y hasta se podría decir, equilibrada. Este equilibrio implica el vínculo entre el bienestar físico y psicológico (Martínez et al., citados por Toribio (2017).

1.1.1 ¿Qué determina que alguien está padeciendo una enfermedad mental?

Existen factores que permiten la aparición prematura de afecciones mentales en los individuos, como los descritos anteriormente y que llegan a ser claves para comprender y entender tal fenómeno.

1.1.2 ¿Cómo se definen los trastornos mentales de salud mental?

De acuerdo al DMS Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastorno Mentales es un instrumento de la APA (American Psychiatric Association) que explica no solamente los signos, sino que también aborda los síntomas genéricos, entre ellas: se tienen a los m+ás comunes, tales como: la depresión, el estrés, así como la esquizofrenia.

Cómo logra un profesional de medicina especializado en la mente humana para percatarse de los siguientes signos.

Los cuales son los siguientes:

- Buena parte de estas afecciones son heredadas de los padres quienes presentan algún tipo de padecimiento mental
- Por lo general, se le suele hacer un examen para descartar cualquier afección que esté provocando la enfermedad.

- Una de las formas es preguntar acerca de por qué está solicitando ayuda.
- De igual modo, acerca de los últimos eventos o cambio en tu vida que puedan estar detonando ciertos desequilibrios, un ejemplo de ello, puede ser traumas, despido fallecimiento de algún familiar o amigo.
- Si existe consumo de drogas o alcohol.
- Algún episodio traumático que pudo haber llevado al joven a cometer algún tipo de trauma.
- Con frecuencia, aquel individuo que presenta signos de dominación es aquel que suele traer pensamiento acerca de su pasado. Un ejemplo es la recurrencia a actos violentos donde se vulneren no solo sus derechos como ser humano, sino del todo el sistema social que habita en la Región.
- En qué momento se necesita una evaluación o tratamiento.
- Para dar con la respuesta, es importante saber a qué afección o que tipo de enfermedad se está tratando, esto con la finalidad de comprender tal panorama, por lo que es importante
- No obstante, quienes formen parte de esta afección, debe estar al tanto, que muchos serán los problemas que lo afectará, por lo que debe estar consciente de tales agravios, sus consecuencias y sus impactos no solo a nivel personal, sino también grupal.
- Otro de los signos está relacionado con la alimentación, así como con los horarios del sueño.
- Por otra parte, la incapacidad para afrontar con aplomo los problemas debido a estas afecciones.
- Sensación de desconexión o retiro de las actividades habituales.

- Pensamientos inusuales o los llamados mágicos
- Ansiedad excesiva
- Tristeza, así como depresión por periodos prolongados.

Consideraciones teóricas en torno a la salud mental establecen que, la salud mental es un estado de bienestar que permite a cada persona llevar a cabo sus actividades con total normalidad, es decir, sin ningún tipo de impedimento, no solo físico, sino también mental, incluso se habla de impedimentos actitudinales que podrían afectar de forma correcta el desenvolvimiento dentro o fuera de una sociedad o contexto.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es ciertamente un estado de bienestar que permite que la persona se pueda valer, así como realizar, y ser fructífero en todos los sentidos, asimismo, que le permita trabajar y ser útil en su comunidad (OMS por Rondón, 2006).

En este mismo contexto, la salud mental no solo debe entenderse como un simple bienestar del individuo, sino que este debe entenderse, así como comprenderse como parte de la salud de una comunidad y de una sociedad en su totalidad. En ese sentido, no se puede hablar de bienestar personal, sino que el bienestar implica la salud de toda una comunidad, por lo tanto, forma parte de un asunto de salud pública, por lo que amerita acciones mucho más precisas, así como coordinadas en el campo de la salud.

1.1.3 ¿Por qué la salud mental es fundamental para la salud pública?

Para dar respuestas a esta interrogante, es importante entender que las razones pueden ser obvias, sin embargo, se debe tener claro y en cuenta, que la salud implica tal y como se ha venido definiendo, en un bienestar del individuo, por lo tanto, la salud mental, no puede verse aislada o separada de la salud de una comunidad, puesto que esta de igual forma, afecta la convivencia. Existen en ese sentido situaciones que generan las diversas afecciones

mentales, así como estados depresivos, angustias, y estrés, este último, considerado como un problema de salud en los últimos años debido a las fuertes demandas de la sociedad de consumo.

Las afecciones mentales o enfermedades mentales son causa de gran sufrimiento, no solo para aquellos quienes lo padecen, sino también para aquellos quienes están a su alrededor. Un ejemplo está en Perú donde existe deficiencias en cuanto a este tipo de servicios, lo que se traduce en un problema mayor debido a la ausencia de puestos de servicios de psiquiatría, lo que agrava y frustra a muchas familias quienes se ven desprotegidas al no contar con este tipo de servicios.

> Por otro lado, la falta de un sistema de atención y rehabilitación con base en la comunidad, obliga a que pacientes con síntomas graves, que dificultan significativamente la interacción familiar, deban vivir y permanecer todo el día en sus casas, el resultado es el rechazo familiar, la discriminación y exclusión del enfermo y del familiar que lo cuida, con graves consecuencias para la salud mental del cuidador (Rondón, 2006, p. 238).

Muchas de las situaciones que se diagnostican acaban en suicidios, aunado a este panorama, está la violencia contra la mujer, sobre todo en regiones del sur de Perú donde existe una prevalencia en cuanto al maltrato, además al padecimiento de algún tipo de depresión hallándose, por ejemplo, que solo en Lima Metropolitana la prevalencia de padecer depresión es de un 18, 2%, seguida de la Sierra con un 16, 2% y en la Selva 21, 4% (Rondón, 2006).

En la actualidad y con la propagación del COVID – 19 la situación se ha intensificado generando en su conjunto, otros panoramas que no se tenían previstos, y esto es debido que la salud mental se ha venido afectando de forma exponencial, causando más angustia

y alteraciones como consecuencia del distanciamiento social, confinamiento entre otros, lo que ha desencadenado situaciones mucho más complejas como la que experimentó el hombre en plenas guerras mundiales. En la localidad de Wuhan, China, sitio donde se reportaron los primeros casos del coronavirus se describió que un 54.4% de los profesionales de salud reportaron síntoma de depresión, seguida de ansiedad, insomnio y distrés emocional "mostrando que todo el personal de salud, experimenta una mayor susceptibilidad con la que se refiere a su estado mental" (Lai J et al. citados por Virto – Concha et al., 2020, p. 51). Por otro lado, están otros aspectos que han sido determinantes y que han causado enormes estragos como el propio distanciamiento y el aislamiento social. Según señalan Galiano, Prado y Mustelier, (2020):

> Los efectos negativos del distanciamiento y el aislamiento social se producen a partir de que la mayoría de los individuos sufre importantes cambios en sus rutinas: 1) la interrupción de los horarios de actividades fuera de la casa como el trabajo y la escuela, 2) los que deben trabajar o estudiar en la casa sufren las interrupciones en las rutinas enmarcadas para el hogar, 3) el estrés relacionado con la limitación de participar en actividades gratificantes como visitar familiares y amigos, ir de compras, ir a restaurantes, asistir a eventos culturales y deportivos (p. 6).

Debido a esta situación muchas personas han desarrollado no solo angustias, sino ansiedades, esta última convertida en una de los padecimientos más frecuentes convirtiéndose en un "trastornos psicológicos con mayor presencia, siendo una antesala de su presencia el estrés y el miedo" (Vílchez – Cornejo et al., 2016, p. 273). Seguida de la depresión el cual es un síndrome psicológico que representa un bajo estado en el ánimo, el cual afecta no solo el apetito, sino también la conciliación del sueño, entre otras actividades importantes.

Estudios sobre la materia señalan que la falta de sueño podría estar afectando en su totalidad a los jóvenes, generando una grave y profunda dificultad de salud pública. Sin embargo, la falta de sueño, podría también deberse a otros factores, como, por ejemplo, a las exigencias y al rendimiento académico con lo que son sometidos muchos jóvenes universitarios, sobre todo en disciplinas asociadas con la salud, donde la competitividad determina el éxito para posicionarse dentro del mercado laboral.

La salud mental no es solo la ausencia de enfermedades o afecciones, es también el equilibrio entre el estado emocional del individuo y las condiciones que este sostenga con su entorno. Es importante destacar, en este sentido, que muchos de los padecimientos que suelen hacerse presentes en los seres humanos no solo están relacionados de forma directa con algún tipo de dolencias físicas, sino que estas provienen de estados mentales generados en su mayoría por un lado, por situaciones de desmejora, poca atención por parte de los especialistas, precario sistema de salud en algunas regiones; y por el otro lado, por situaciones que no se han podido atender de forma oportuna, de igual manera, circunstancias culturales que siguen estando presentes muy a pesar de los avances sociales, económicos entre otros.

La importancia de contar con un sistema de salud óptimo y favorable es que este contribuya de manera efectiva con la salud pública, pero para que esto ocurra se necesita más que voluntad, puesto que el sistema de salud amerita inversión social por lo que se hace indispensable que los centros de salud, hospitales, clínicas cuenten con el presupuesto adecuado para su correcto y adecuado funcionamiento.

Por otro lado, es importante poner el empeño en la capacitación del personal tanto en las ramas de la psicología clínica como en la psiquiatría, con el objetivo de atender a la

población de forma especializada. Además, de capacitar y formar a las comunidades para hacerle frente a estas afecciones.

1.2 Factores que intervienen en la salud mental

Tal y como se mencionó, la salud mental es un estado de bienestar, por lo tanto, es sentirse pleno, no solo en el plano físico (aunque determinante) sino también desde el plano mental y espiritual. En este sentido, se debe estar consciente que, para tener salud mental, es importante saber qué factores pueden afectarla. Tales factores pueden ser de índole socioeconómico y emotivos. Esto permite, que como sociedad se deban dar las condiciones para prevenir la aparición de las afecciones mentales, asimismo, establecer las dinámicas para promover mediante proyectos la salud mental y combatir su aparición.

Buena parte de las muertes son causadas por enfermedades mentales, trastornos, depresiones y ansiedades (Esteban et al., 2012), superando otros tipos de afecciones tales como el cáncer o accidentes cerebrovasculares, incluso la diabetes, puesto que las enfermedades mentales o trastornos suelen y con mayor fuerza atacar el sistema tanto físico como emocional haciendo que muchas de las enfermedades se hagan presentes.

Cabe señalar que entre los factores que parecen tener incidencia en la salud mental, se encuentran aquellos asociados a la situación económica, sobre todo en las mujeres quienes tienen o presentan una fuerte dependencia con el hombre; por otro lado, la baja autoestima entre otros.

1.2.1 Principales factores que suelen afectar a la salud mental

Entre los factores que afectan a la salud mental se encuentran los siguientes:

- La inseguridad
- La desesperanza

- El acelerado cambio social
- Riesgo de violencia
- Problemas que llegan a afectar la salud
- Factores de riesgo, como conflictos internos que pueden atentar no solo con la salud pública sino también emocional del individuo, son algunos que pudieran afectar la salud mental desembocando en trastornos mentales. Entre los más comunes están los siguientes:
- Trastornos mentales orgánicos
- Un ejemplo de este tipo de trastornos es la demencia senil, el Alzheimer, entre otros.
- Aquellos trastornos como consecuencia de elevados consumos de sustancias tóxicas, como drogas o alcohol.
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar, fobias, estrés generado por el parto
- Falta de sueño
- Trastornos de la personalidad (histrionismo, narcicismo, etc.

Por otro lado, se encuentra la depresión que es una enfermedad que afecta de forma exponencial las esferas tanto físicas, como emocionales del individuo. Existe una gama de factores que inciden en la aparición de este trastorno, los cuales pueden ir desde factores biológicos, hasta sociales.

En el argot popular se dice que la depresión es un estado pasajero, no obstante, este tipo de trastorno puede llegar a ser tan perjudicial atentando en contra de la vida de la persona, puesto que un estado depresivo puede conducir al suicidio si no se atiende a tiempo.

1.3 Hacia la protección y la promoción de la salud mental

Tanto la protección como la promoción de la salud mental deben ir de la mano. Puesto que ambas consisten, precisamente en crear acciones, así como las condiciones para el cultivo de una vida sana, así como para garantizar una salud mental favorable que permita a las personas mantener un equilibrio y de este modo, incrementar sus niveles óptimos de vida, con el objetivo de tener una salud mental positiva.

Buena parte de los programas tanto de prevención como de promoción son eficaces, sin embargo, muchos de estos programas no cuentan con los recursos necesarios para el logro de los objetivos, por lo que acaban siendo orientados de forma inadecuada no generando los resultados esperados.

Estudios acerca de los diversos programas de prevención señalan que estos sí tienen un fuerte impacto en la comunidad. Un ejemplo de ello se encuentra en los siguientes programas llevados a cabo en diversos escenarios generando una importante disminución de los trastornos mentales como la depresión o la ansiedad luego de transcurrido un año de intervención en una escuela donde se puso en evidencia una notable disminución de los índices de trastornos mentales en grupo de adolescentes:

Igualmente, otro programa de prevención indicada para niños en edad escolar demostró la reducción de nuevos casos de ansiedad a los seis meses demostró la reducción de nuevos casos de ansiedad a los seis meses (grupo experimental 16% - grupo control 59% y a los dos años de la intervención (grupo experimental 20% - grupo control 39%). Se han demostrado también reducciones en suicidios, así como reducciones en el consumo del

alcohol, tabaco y drogas ilícitas a través de intervenciones políticas como el incremento en las tasas del alcohol y tabaco, las restricciones en su venta u otros tipos de intervenciones comunitarias (Jané – Llopis, 2004, p. 70).

Es importante poner en relieve este tipo de programas puesto que por un lado educan a la población, así como alertan a la misma a enfrentar diversas afecciones que pudieran poner en riesgo la vida de muchas personas, y por el otro, la disminución de las mismas, generando un impacto positivo tanto en la comunidad como en la sociedad en general.

Por otro lado, los programas no solo de promoción de la salud mental sino también de prevención de afecciones mentales puede contribuir a mejorar el clima organizativo de la comunidad, asimismo, mejorar el rendimiento académico de los estudiantes en contexto académicos.

Sin embargo, y a pesar de las enormes contribuciones que tienen estos programas sigue en aumento los índices no solo de morbilidad, sino de discapacidad y mortalidad representando uno de los grandes problemas de salud para la sociedad (Sánchez, Cabra y Silva, 2021), para ello señalan que en:

> El Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011, reportó la respuesta a la carga de trastornos mentales graves que no reciben tratamiento adecuado en países de ingresos bajos y medios entre un 76% y un 85% y los países de ingresos elevados 35% y 50%, los profesionales en Salud Mental son insuficientes teniendo un psiquiatra para atender 200.000 o más personas, solo el 36% de las personas en países bajos están amparadas por una legislación en materia de Salud Mental en comparación con el 92% en los países elevados y persiste la baja disponibilidad de medicamentos básicos (p.2).

Cabe señalar que, la promoción de la salud mental se ha vuelto la columna vertebral de la comunidad por lo que se pide que los programas estén en consonancia con las demandas de esta. Buena parte de los programas de salud solo están abocados hacia la promoción de

la salud como indicador de bienestar, sin embargo, la salud implica el mejoramiento y la proyección de una mejor calidad de vida de sus habitantes. De allí que los programas que se lleven a cabo estén en la capacidad de dar respuestas óptimas a sus pobladores.

1.3.1 La promoción de la salud mental desde la Academia

Uno de los desafíos que tiene la educación superior en la actualidad no solo se centra en la capacitación de los estudiantes, sino de responder de manera creadora a los múltiples problemas que tiene la sociedad por delante, contribuyendo e identificando cuáles son los problemas más latentes, dando solución, así como alternativas efectivas y óptimas (Garrido et al., 2015). Cabe señalar que las universidades cumplen un rol protagónico en la sociedad, formando parte de los escenarios tanto de la formación técnica como profesional no solo de los miembros de la misma, sino también de la comunidad y del contexto en general (González et al., 2017).

Como es bien sabido, la comunidad universitaria la conforma no solo el cuerpo docente, sino que también participan sus estudiantes, así como su personal administrativo. Cada uno de estos grupos tiene su desempeño particular, sus dinámicas, sus objetivos y sus propios intereses. Sin mencionar que cada uno de estos grupos activos tienen a su vez interacciones entre sí, lo que posibilita el funcionamiento de la universidad (Muñoz y Cabiases, 2008).

Es cierto que las universidades, así como los centros dedicados a la enseñanza tienen y detentan un desempeño en las comunidades donde estas se encuentran, cuyo fin no solo está centrado en la formación académica, sino también en la transformación. "Toda

universidad cumple su misión social al penetrar en la cultura en que está inmersa, mediante el avance constante del saber en los temas de mayor relevancia y necesidad para cada país" (Muñoz y Cabieses, 2008, p. 139).

En ese sentido, el objetivo de la universidad y de los centros de formación no solo debe estar enfocado hacia la formación o la transmisión de conocimientos, puesto que existe un código social que las acompaña como la incidencia de esta con la comunidad. Las universidades deben tener como norte y como sur servir de punta de lanza para la transformación, asimismo, para el marcado protagonismo por lo cual fueron creadas. De igual modo, ser los centros íntegros y comprometidos con el desarrollo del contexto donde se encuentren insertas, puesto que la formación del individuo no solo debe estar en el conocimiento, sino que este debe ir acompañado de procesos mucho más complejos como las actitudes y las incidencias de estas en sus respectivos contextos. De allí que, las universidades deben formar para la vida y para ser centros de cambio, no solo para el estudiante, sino para su contexto.

Dentro del ámbito de la promoción de la salud, así como de la proyección de proyectos, la universidad está convocada a impulsar el desarrollo y la aplicación de este tipo de iniciativas, con el fin de promover a través de sus currículas mejorar la calidad de vida de los habitantes que viven y socializan en ese contexto. No solo basta con formar a los estudiantes en áreas para el desarrollo de la nación (aunque fundamental), sino que también lo formen para la vida y para el cambio cultural.

No obstante, se debe tener en cuenta que los cambios no solamente dependen de las actitudes de las personas, también intervienen otros factores que son fundamentales, además de cruciales como por ejemplo de las estrategias y políticas que se logren dar desde los directivos de las universidades.

Debe entenderse que la promoción no es en sí una solución para un determinado problema o para varios, sino que más bien es un proceso, por lo que amerita de la participación de muchos actores. Su objetivo es que se den de forma efectiva las metas trazadas y plazos acordados. No obstante, estos plazos pueden variar de acuerdo claro está de los intereses y del empeño que los actores y los contextos así lo permitan.

1.4 Salud mental como derecho

No es posible hablar de salud mental sin que existan antes los derechos fundamentales que logren proteger a una persona, sin la existencia de estos sería imposible que una persona logre alcanzar una salud óptima, puesto que los derechos empoderan a los individuos dentro de sus comunidades, los hacen en este sentido, partícipes y no solo meros receptores o fieles cumplidores de las políticas públicas. Al verse las comunidades reconocidas en sus derechos, su salud no solo mejora, sino que cambia de patrón generando en su conjunto acciones que los hacen ser participativos.

En ese sentido, la promoción de la salud en todos los ámbitos, no solo es tarea de los ministerios de salud, quienes tienen la misión de diseñar y promover todo lo concerniente a la salud de una determinada localidad, sino que también es responsabilidad de los grupos y los actores que hacen vida en la comunidad. Para la OMS (2004):

> La promoción de la salud mental no es solamente responsabilidad de los ministerios de salud. Requiere la participación de una amplia gama de sectores, actores y partes interesadas. Los derechos humanos abarcan dimensiones civiles, culturales, económicas, políticas y sociales y proporcionan así, un marco intersectorial para considerar la salud mental a través de la amplia gama de determinantes de la salud mental (p.25).

No se puede desligar de forma abrupta la salud mental de una persona con sus fundamentales derechos, puesto que la salud mental se puede ver temiblemente afectada si esta se ve en alguna oportunidad vulnerada o incluso amenazada. En tal sentido, el derecho de las personas debe estar siempre presente y más en contexto donde los servicios de salud aún no se encuentran del todo garantizados por parte del estado, o centros de salud.

1.4.1 La salud mental y refugio

Uno de los fenómenos que se han hecho presentes, aunque no nuevos, lo conforman las migraciones, que, a lo largo de la historia han desencadenado no solo problemas de índole político, socio económico, sino que también han generado problemas de salud, sobre todo en las personas que dejan sus países de origen por diversos motivos. No obstante, se ha hecho evidente que entre los aspectos que se suelen modificar en el tiempo es precisamente el estado mental de las personas. Buena parte de las personas que deciden por voluntad personal o ser víctimas de situaciones extremas de sus países, padecen o sufren de alteraciones mentales, ansiedades, estrés o angustia. Todos estos padecimientos son generados a raíz de los desplazamientos y que ameritan tratamiento especializados, así como de las etapas en el proceso mismo de migración, incluyendo la forma en que se llega al país receptor, asimismo, las condiciones laborales, estadía, entre otros aspectos (Carreño et al., 2020). que llegan a afectar no solo de manera indirecta, sino también directa a los desplazados. Otro grupo que suelen padecer trastornos mentales son aquellas personas que habitan zonas declaradas de guerra o de conflictos bélicos, los cuales acaban por ser víctimas no solamente de las guerras en sí, sino de padecer alguna enfermedad.

1.4.2 Las enfermedades mentales y el aislamiento social

A raíz de la situación que atraviesa la población mundial con la COVID – 19, la principal organización de salud a nivel mundial dio como recomendación el aislamiento social como medida para prevenir la propagación del mortal virus. No obstante, esta medida, ha generado reacciones que han propiciado la aparición de trastornos mentales, debido al confinamiento social, sin hablar de estrés como el principal problema de la sociedad, por lo que estas "condiciones que generan el aislamiento social se configuran como un estresor no normativo que incrementa la posibilidad de presentar por primera vez problemas mentales o la exacerbación o recurrencia de trastornos mentales preexistentes" (Caballero – Domínguez y Campo – Arias, 2020, p. 2).

Como se sabe, las secuelas que puede dejar una situación como la pandemia actual suelen ser bastante críticas, además de agudas, también es importante saber que esta situación deja a su paso enormes problemas como de salud mental lo que complejiza el panorama dejado por la pandemia. Sin embargo, estas secuelas, van a depender en grado sumo de ciertas y eventuales características de cada individuo, por ejemplo, grados de vulnerabilidad, trastornos de ansiedad que no con frecuencia se presentan con distintos grados.

CAPÍTULO II:
SALUD MENTAL EN PERÚ Y EN OTROS PAÍSES

El tema de la salud mental no es un asunto al que se le deba dar por concluido. A diario se ve que las enfermedades, así como los padecimientos y afecciones van en aumento, generando no solo malestar, sino que ellas inciden en el desarrollo de cualquier sociedad. No obstante, y a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por parte de los estados y gobiernos, las enfermedades aumentan cada día más provocando drásticos y penosos males. Muchos son los factores que inciden de manera no solo directa sino también de manera indirecta afectando ya no solo una parte de población, considerada vulnerable, sino que toda la población no escapa de padecer cualquier trastorno. Hoy en día estos no solo provocan desequilibrios, sino que producen hasta la muerte, representando dolor y angustia a sus familiares quienes también se ven temiblemente afectados por estas enfermedades.

Buena parte de los estados y conscientes de este panorama, no hacen lo posible por invertir en programas sociales, lo que agrava más la situación. Por su parte solo destinan parte del presupuesto a otras razones con el fin de solventar algunas carencias, descuidando a su población y dejando a expensas y sin ningún tipo de protección. Esta realidad no solo se ve en regiones de Perú, sino que es un fenómeno que en la actualidad recorre la mayoría de países de Latinoamérica generando graves problemas sociales y económicos.

2.1 La situación de la salud mental en Perú

De acuerdo a un informe emitido por el derecho a la salud en Perú para el año 2018 hubo un reporte de 4 514 781 personas con algún problema de salud mental. En otras palabras, cerca de un 15% de la población a nivel nacional presenta algún padecimiento o

sufre de alguna enfermedad. Además, se estima que para el año 2021 haya aproximadamente 4,659,253 de personas con algún tipo de enfermedad mental, es decir, un aumento de 3.2%.

La interrogante que surge, a partir de estas preocupantes cifras es cuántas de las personas que presentan alguna enfermedad o trastorno mental son atendidas debidamente. Además, de esto, cuántas de estas personas, mejoran debido al tratamiento. Cuántos profesionales de psiquiatría tienen los centros de salud. Están capacitados. Todas estas preguntas, deben no solo llamar la atención, sino poner en el tapete la precaria situación en que se encuentra la salud en el Perú.

Con mayor prevalencia que en la capital, las ciudades que presentan mayores índices de problemas mentales son Ayacucho, Puno, Tacna y Puerto Maldonado, siendo entre los principales problemas: el abuso y la adicción al alcohol, también los episodios depresivos, así como los trastornos de ansiedad, los más prevalentes; con menor frecuencia, problemas de sueños y el suicidio. Lo anterior se relaciona con el estrés, disfunción del grupo familiar, disminución de la religiosidad, decepción por la conducta de las autoridades, falta de empatía en las relaciones sociales, poca presencia de organismo del Estado, carencias económicas, entre otras (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007).

Solo una parte de los pacientes de Lima Metropolitana y solo una décima parte de pacientes en el interior del país son tratados de forma oportuna. Solo en Lima los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y la dependencia de alcohol forman parte de los grandes problemas. Los pacientes se resisten a ir a centros especializados a los cuales en la actualidad aun se les denomina manicomios, debido a un estigma social existente.

Otro de los problemas de salud y reconocido por organismos de salud, es la violencia contra la mujer siendo mayor en la ciudad de Lima, Puerto Maldonado, Tumbes y

Ayacucho. Se reporta que las mujeres víctima de maltrato y de violencia presentan bajo nivel educativo, así como convivencia informal con la pareja.

Los trastornos mentales generan importantes problemas en la calidad de vida de los pacientes afectando su vida saludable. La morbilidad en el Perú es parecida al resto del mundo y al igual que en América Latina, solo una quinta parte recibe atención adecuada y especializada en la capital; y en la sierra y selva solo una décima parte de la población demandante. El impacto es mayor en los pobres al no tener dispositivos comunitarios para la atención oportuna que se agrava por la falta de medicamentos que atenúen el problema

En Perú casi un 30% de su población padeció algún problema mental o afectivo en su vida siendo los de mayor frecuencia como en los demás países la depresión y los trastornos de ansiedad los más prevalentes. En Perú un tercio de la población también alguna vez de su vida tuvo ideas tanáticas.

En este mismo contexto, El alcohol y tabaco constituyen las drogas de mayor consumo en Perú, seguido de drogas medicinales. El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida y cada vez se incrementa más.

Otro elemento que refleja la salud mental en Perú es el índice de violencia en sus múltiples formas encontrándose reportes de violencia cada vez mayor en poblaciones vulnerables como niños, mujeres y adultos mayores.

2.1.1. La salud mental en el Callao

La morbilidad mental reportada en el Callao es casi similar con lo que sucede en Lima y presentan características dado que geográficamente se encuentran cercanos y tienen una realidad social y económica similar

En el Callao los trastornos depresivos constituyen la principal causa de morbilidad mental, seguido de los problemas de ansiedad y alcoholismo. Tal problemática se asocia a la deprivación económica.

Solo una décima parte de pacientes con problemas mentales reciben tratamiento en la ciudad capital y en el Callao. Hay problemas de salud mental que no son reconocidas por los que lo padecen, tal como los trastornos de ansiedad entre otros. A ello se suma la estigmatización de la enfermedad mental.

En el Callao uno de sus principales problemas es la violencia en sus múltiples formas aunada a la delincuencia, bajo rendimiento escolar, deserción estudiantil lo que requiere atención inmediata (Gobierno Regional del Callao 2008).

Los actos vandálicos y actos reñidos contra la ley de los pandilleros en Lima y Callao, se asocian al consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco, PBC, cannabis y cocaína. Muchos de los pandilleros forman parte de la microcomercialización de la red sustancias psicoactivas ilegales.

Como factor de riesgo, en el Callao se encuentran más del 50% de zonas de extrema pobreza del total de comunidades pobres de Lima.

En el Callao el consumo de drogas ilegales es mayor en los varones que en las mujeres en proporción de 3 a 1 y es más prevalente en personas entre segunda y cuarta década de vida.

Más de la mitad de adolescentes escolares ha consumido alguna droga siendo cannabis la droga ilegal más consumida y la edad de inicio en promedio es de 13 años y es casi igual en mujeres y hombres. Del total de adictos a nivel del Callao solo se atendieron a un 3% de casos (Observatorio Peruano de Drogas - DEVIDA ,2009).

2.2 ¿Cuántos profesionales de psiquiatría y de establecimiento existen en Perú?

De acuerdo a estudios llevados a cabo por el Banco Mundial entre el 2013 y 2016 Perú contaba con 700 médicos psiquiatras. Más del 80% concentrados en la capital y más de la mitad de este porcentaje, laboraba para el sector privado. Y solo el 20 % de los psiquiatras que fueron captados por el Ministerio de Salud de la Nación estaban en los hospitales del sector público.

En cuanto a los establecimientos de salud existen a nivel nacional 281 de centro de salud. No obstante, para el año 2017 existían solo 31 de estos centros agrupados en 9 de las 24 regiones. Es decir, que 15 regiones de este total no tienen ningún tipo de centro de salud. Por otro lado, solo 13 regiones sí hay centro de salud donde atienden a pacientes con alguna enfermedad mental, así como en las adicciones.

2.2.2 ¿Qué presupuesto se necesita?

Según cifras emitidas por la OMS para alcanzar los objetivos en cuanto a las atenciones requeridas, se necesitan por cada habitante de 3 a 4 dólares americanos para solventar las carencias, así como para darle la atención requerida.

De acuerdo a cifras aproximadas la nación debería tener un margen de inversión entre S/308,312,990 y S/499,798, 160. Sin embargo, para el año 2018, es decir, hace poco tiempo, Perú solo tuvo una inversión muy por debajo de las cifras requeridas para tales fines, lo que ha generado no solo inconvenientes, sino que esta situación ha agravado el panorama poniendo en riesgo la salud pública en general.

Según cifras emitidas por la cartera de salud de la nación, se necesita entre el 5% y 15% del presupuesto nacional para la salud mental. Sin embargo, en el año 2018, el presupuesto

destinado solo representaba el 0.1% del presupuesto de la nación, y 1% del presupuesto del sector salud.

2.2.3 Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 (en el contexto COVID -19)

De acuerdo a orientaciones emitidas por el principal despacho de salud en Perú y entre los objetivos del Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021 (en el contexto COVID – 19) la finalidad de este plan es promover el bienestar de la población del Perú a través del cuidado de la salud mental en el contexto del COVID – 19 (MINSA, 2020).

Entre los objetivos se encuentran:

- Reducir el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella (MINSA, 2020, p. 13).

Entre los objetivos subsiguientes están:

a. Promover el autocuidado y cuidado mutuo comunitario de la salud mental en la población en el contexto del COVID-19
b. Atender a las personas con problemas de salud mental en el contexto del COVID – 19, fortaleciendo, expandiendo y articulando la oferta nacional, intersectorial y multimodal de servicios de salud mental comunitaria (MINSA, 2020, p. 13).

En cuanto al ámbito de aplicación, este plan tiene presente aquellas instituciones de Servicios de Salud (IPRESS) la cual está bajo la tutela del Ministerio de Salud mediante las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), así como de los Gobiernos Regionales, respectivamente.

Así como el plan contempla un ámbito de aplicación, este también tiene una serie de elementos o contenidos.

- Acompañamiento psicosocial
- Autocuidado
- Cuidado mutuo
- Duelo
- Estrés
- Equipo de primera línea
- Problemas de salud mental
- Problemas psicosociales
- Recursos individuales
- Recursos comunitarios
- Resiliencia
- Salud mental
- Trastornos mentales y del comportamiento
- Vulnerabilidad psicosocial

Uno de los problemas que más se ha acentuado con el arribo del confinamiento es la propagación de nuevas enfermedades como consecuencia del aislamiento social, lo que ha generado trastornos mentales, así como la acentuación de padecimientos mentales en personas cuyo cuadro psiquiátrico ya se tenía. No obstante, el aislamiento ha intensificado estas afecciones por la aparición de nuevos temores por ser contagiados.

Tabla 1.
Llamadas según motivo de consulta a la Línea 113. Abril – mayo 2020

Motivo	N°	%
Estrés	20 425	82.35
Síntomas depresivos	3 144	12.68
Síntomas Psiquiátricos	520	2.10
Conflicto	378	1.52
Sentimental	96	0.39
Habilidades sociales (autoestima, asertividad, toma de decisiones)	75	0.30
Problemas del comportamiento	42	0.17
Violencia familiar	42	0.17
Desarrollo	37	0.15
Sexualidad	16	0.06
Violencia contra la mujer	16	0.06
Total general	24 802	100.0

Fuente:
MINSA

2.3 Programas de salud mental en Latinoamérica

En materia de políticas públicas, la salud mental forma parte indiscutible para el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano. Por otro lado, definen los objetivos, así como las metas por alcanzar. De igual modo, establecen prioridades, así como señalan responsabilidades entre los sectores que logren involucrarse en el sistema de salud con el fin de llevar a cabo acciones en conjunto (Rojas – Bernal, Castaño – Pérez y Restrepo – Bernal, 2018). Sin embargo, tal como lo señala Rodríguez (2007) "la atención psiquiátrica ha debido enfrentar serias limitaciones y dificultades, debido a que la Salud Mental no se ha considerado, por lo general, prioritaria en las agendas gubernamentales" (p.118).

Otro de los aspectos relacionado con lo anterior tiene que ver con la prevención, así como con el tratamiento de las personas afectadas por alguna enfermedad o trastornos mentales, puesto que constituye, ciertamente, unos de los problemas sanitarios creciente, no solo en América Latina como tal, sino también en Centroamérica (Kohn et al, 2005),

por lo que se hace indispensable conocer cuál es el panorama a nivel regional se hace necesario para llevar a cabo un balance mucho más real, así como determinar cuál es el rango de atención que este sector de la salud amerita. Por otro lado, es importante saber cuán grave se halla la salud mental en la mayoría de los países latinoamericanos, así como saber cuál es el estado de atención en que se encuentran algunos países de Centroamérica. Sin embargo, solo se mencionarán algunas experiencias llevadas a cabo en países vecinos.

2.3.1 Chile

Un ejemplo de ellos, lo liderizó en los albores de la década de los 90 Chile, que llevó a cabo un modelo de atención de carácter biopsicosocial con principios de atención primaria renovando de este modo, el modelo antiguo (Scharager y Molina, 2007). Por otro lado, abordó los trastornos mentales a escala nacional con un nuevo enfoque que podía énfasis al trabajo local en la comunidad mediante el establecimiento de redes. Para ello, ajustó la ejecución del plan a los patrones socioculturales de la población. El plan chileno formó parte de los lineamientos sectoriales de salud a nivel nacional y se inscribía como parte de una reforma del sector salud (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Asimismo, la ejecución a dicho plan en Chile reflejaba un soporte presupuestario adecuado con un monitoreo oportuno del desarrollo del programa sobre las actividades bajo una perspectiva multidisciplinaria.

La implementación del nuevo modelo de atención de la salud mental basado en la comunidad en Chile objetivó la falta de profesionales con formación adecuada para la atención con enfoque primario, lo que generó la necesidad de que sean capacitados en servicio en las competencias necesarias para atender a los pacientes bajo el nuevo modelo.

La ejecución del Plan de salud mental en Chile evidenció la falta de planes curriculares en las instituciones formadoras para preparar técnicos y profesionales de salud con una

nueva perspectiva de atención al paciente. Asimismo, no se incentivó pecuniariamente a los trabajadores que se incorporaban al nuevo modelo.

Resultados de tal aplicación de este modelo de salud metal puso en evidencia que en Chile existe un mayor porcentaje de atención y mejora de la calidad a nivel local, así como especializado a partir de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se puso énfasis al abordaje psicosocial, así como el farmacológico de la patología mental con un abordaje comunitario, interdisciplinario y multisectorial en detrimento del tradicional enfoque biomédico de la salud mental.

En Chile cuando el enfoque biomédico de la salud mental prevalecía y la atención se centraba en el consultorio del hospital no permitía cubrir apropiadamente al perfil epidemiológico de los trastornos que se caracterizaba porque la cuarta parte de individuos mayores de 15 años tenían una afección mental y la mitad de pacientes que recibían atención en los establecimientos de salud padecían de afecciones emocionales.

La reforma de salud mental en el año 2000 en Chile inspirado en un modelo biopsicosocial se estructuró bajo los postulados de atención primaria organizándose en redes a nivel de comunidad y consultorios hospitalarios, para lo cual se fortaleció con el aporte profesional de los psicólogos.

La problemática de salud mental en Chile tenía similares características a la de la región latinoamericana y se reportaba depresión, violencia en múltiples formas, demencia, adicción a drogas y en niños problemas de atención para lo cual se implementó actividades de promoción y prevención (MINSA, 2004).

El modelo en Chile se desarrolló bajo una perspectiva integral que incluía acciones integrales desde psicoeducación, entrenamiento en manejo de emociones, terapia ocupacional con énfasis en la prevención de mayores trastornos mentales desde una acción multidisciplinaria.

La evaluación realizada en el año 2004 en Chile demostró que el modelo de atención primaria se había implementado mayoritariamente en el sector salud. El personal profesional incluía a médicos tanto generales como psicólogos, enfermeras, entre otros. Se daba el caso que muchas veces los horarios de estos profesionales eran modificados por la municipalidad, sin embargo, no existían reportes de actividades desarrolladas, en base a estándares de atención, ni mucho menos de avances de metas. Se observó que los psicólogos no llevaban acciones de prevención de trastornos mentales a nivel comunitario, por lo que daban mayores énfasis al tratamiento recuperativo asistencial individual, contradiciendo los objetivos del plan piloto (Scharager y Molina, 2007).

Sin embargo, para el desarrollo de actividades de atención en un modelo comunitario se requieren no solo capacitación especializada, sino competencias blandas tales como asertividad, capacidad de empatizar, autorregulación de emociones, así como contar con habilidades comunicativas, entre otras competencias.

2.3.2 Centroamérica

En cuanto a los países de Centroamérica se han llevado escasos programas, así como actividades de esta naturaleza, buena parte de ello, se ha debido a la carencia de profesionales en el área. En dichos países la mayor parte del presupuesto estaba orientado a los hospitales psiquiátricos, siendo asimismo ínfimo el presupuesto para las afecciones mentales respecto a lo presupuestado para todo el sector salud De este modo se afectaba de manera directa o indirecta el acceso a la atención integral en detrimento de la dignidad de los pacientes.

En Nicaragua y El Salvador no existían programas de salud mental de alcance nacional, ni normativas específicas. En los mencionados países, no se alcanzaba el presupuesto

nacional, puesto que las normas estaban desactualizadas y no eran concordantes con las normativas internacionales.

En Panamá se instaló por vez primera el modelo en forma paulatina de tal modo que, con un antiguo nosocomio psiquiátrico sea convertido en institutos, disminuyendo el número de hospitalizaciones. En Belice a nivel comunal se llevó a cabo el servicio de atención con personal de enfermería especializada.

2.3.3 Bolivia

Mientras que en Bolivia no hubo registro de morbilidad mental y solo existían planes locales. Tampoco existía un sistema de referencia y contrarreferencia para los casos complejos desde el primer nivel de atención, ausencia de personal capacitado, carencia de psicofármacos, así como ausencia de protocolos clínicos, por lo que el personal médico conceptuaba que los pacientes psiquiátricos deberían ser atendidos en el tercer nivel y no en el primero.

2.3.4 Brasil

En Brasil se llevó a cabo un plan nacional donde se implementaron establecimientos con fines psicoeducativos, asimismo, programas para que los pacientes recibieran tratamientos a nivel de la comunidad y domicilio con la finalidad de dar respuestas, ante la ausencia de soluciones por parte del estado quien es el garante de las políticas de salud de una determinada localidad.

2.3.5 Colombia

En Colombia para el año 2008 se implementó un plan de salud mental que articula las demandas comunitarias y las normas nacionales e integra acciones tanto de prevención como de tratamiento de adicciones. No obstante, aun siguen ocurriendo imprecisiones en

torno a los proyectos que se han dado, pero con resultados no tan favorables, un ejemplo de ello se ha visto en algunos decretos o leyes como la ley 1616 donde se ha visto con mayor fuerza importantes acontecimientos que no permiten que las leyes se cumplan pues aun existe una suerte de inequidad manifiesta, poniendo en peligro los programas sobre la salud mental (Rojas – Bernal, Castaño – Pérez y Restrepo – Bernal, 2018).

2.4 Salud mental y cultura de paz desde la comunidad

Es innegable que la salud mental en Perú no es solo uno de los primordiales problemas que debe afrontar, sino que es y seguirá siendo uno de los asuntos pendientes por resolver. De allí que, se inste a plantear diversos enfoques, así como alternativas que coadyuve a darle solución pronta, y de este modo no se convierta en un problema más grave que amerite una intervención mayor

En este contexto, es impostergable desarrollar una estrategia de forma coherente que permita, por un lado, promover acciones conjuntas, y por el otro, llevar a cabo, procesos de articulación con otras dependencias no solo del Estado, como principal garante de las políticas públicas, sino también de la comunidad, que forma parte del contexto de acción social. Esto permitirá no solo manejar los recursos por parte del estado quien debe y está en la obligación de prestar todo su apoyo, sino también de orientar la metodología para el correcto manejo de las estrategias, y de este modo, garantizar que tales propuestas se den en el tiempo estipulado.

Un aspecto crucial en cuanto a esta idea, es lograr que la comunidad llegue en su totalidad a involucrarse y generar los cambios que se necesitan.

En Perú un aspecto que sigue siendo preocupantes son los elevados índices de pobreza, así como los incrementos de desempleo que alcanzan cifras desorbitantes. Esta situación,

sin duda, afecta a la población, poniendo en riesgo su salud y por qué no, su vida. La salud mental en términos sociales, produce sufrimiento, además de discapacidad, los cuales se convierte en los responsables directos de los efectos negativos no solo en la productividad, sino también en los aspectos socioeconómicos. El principal obstáculo que la salud mental enfrenta, es la pobreza, el cual se halla fuertemente asociada a fenómenos tan críticos como el propio desempleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección tanto en lo social como en lo jurídico, y en la salud.

Para nadie es un secreto que, la salud mental, no solo afecta los niveles emotivos de las personas, también y de forma gigantesca, afecta el bienestar en general, poniendo en riesgo la cultura, la convivencia y la adaptación al medio. De allí su enorme influencia en los procesos normales de vida de un individuo.

La necesidad de contar con la comunidad es crucial en los procesos de recuperación, tratamiento y rehabilitación de una persona que padece alguna enfermedad mental. Sin embargo, muchos sistemas no cuentan con los recursos suficientes para atender de forma responsable a este tipo de poblaciones.

Para el año 2004 y por Resolución Ministerial 771 -2004/ MINSA, se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, con el objetivo de articular a través de nueve estrategias, con el fin de alcanzar los objetivos trazados. Entre estos objetivos se encontraban: desarrollar no solo desde lo físico, sino también desde lo mental y social un entorno saludable; proteger y recuperar la salud y rehabilitar a las personas con enfermedades mentales o trastornos identificados.

En ese sentido, y de acuerdo a lo anterior, la resolución busca mediante cuatro líneas, lo siguiente:

- Fortalecimiento de la capacidad rectora del MINSA.

- Impulso a las medidas de Promoción y Prevención de la Salud Mental, fomentando la participación ciudadana y la concertación intersectorial.
- Reorientación de los servicios de Salud Mental, garantizando el acceso a la atención y priorizando la intervención comunitaria.

2.4.1 Integración de la salud mental

- **La intervención comunitaria**

La intervención por parte de la comunidad se ha centrado en aportar las bases para la reconstrucción de aquellos vínculos sociales que una vez fueron rotos como consecuencia de la violencia desatada que no solo generó aislamiento entre ellas, sino que también y de forma abrupta, las desintegró, formando en ellas el miedo, así como la desconfianza en sus relaciones comunitarias.

Desde este contexto, y en virtud de su rescate, se ha propuesto mediante las relaciones que una vez fueron fracturadas, algunas acciones en torno a la interacción comunitaria, así como al impulso a la articulación entre los gobiernos locales, ONGs y las organizaciones sociales activas de la comunidad, generando de esta manera, un trabajo en conjunto con el fin de darle solución a los problemas.

- **Intervención clínica**

Muchas comunidades y a raíz de los problemas que la aquejan como organización, violencia interna, consumo, distribución de drogas, entre otros, pueden generar en ellas difíciles y hasta irreconciliables problemas, por lo que ameritan intervenciones para darle solución a sus conflictos. Por otro lado, muchas de las comunidades atraviesan conflictos internos como violencia familiar o intrafamiliar dejando a su paso importantes secuelas. Además de observarse en muchas de las comunidades altos índices de depresión, estrés postraumático, alcoholismo entre otros. De allí la importancia de contar con personal

especializado que no solo atienda de forma esporádica a la comunidad, sino que de manera progresiva evalúe sus avances en materia de tratamiento, cuidado y rehabilitación. Recuérdese que la comunidad es un cuerpo organizado, por lo que las atenciones que reciba afectarán de forma simultánea toda su estructura.

Cabe señalar que, la salud mental es un estado de plenitud y de bienestar en que el individuo afronta el estrés cotidiano de la vida tanto del grupo familiar como de la comunidad, por lo tanto, es un asunto de salud pública en toda su expresión "Esto significa que la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si esta fuera un campo aparte de la salud en general" (Posada, 2013, p. 2).

No se puede negar, en este sentido, que la salud mental está intrínsecamente vinculada con el clima afectivo que se dé en la comunidad, por lo tanto, la comunidad debe hacer un esfuerzo por mantener los niveles óptimos de organización con el fin de no afectar el clima afectivo entre sus miembros, por otro lado, también es importante la organización y el diseño de políticas que sirvan de estímulo para la comunidad, pero además como factor para mitigar y reducir el negativo impacto que las enfermedades dejan a su paso.

En virtud de ello, es fundamental la implementación de políticas, así como de principios y leyes que permita que la salud mental pase de ser un aspectos decorativo e incluso instrumental, para ser parte de las políticas no solo del Estado como principal garante, sino de la misma comunidad, puesto que conoce la realidad de la misma. Desde el enfoque comunitario este busca precisamente estar delante de los verdaderos problemas que aquejan a la comunidad, puesto que está centrado no solo desde las personas que la conforman, sino que responde a sus propias lógicas, esto con especial énfasis en los

grupos que más lo ameritan como grupos vulnerables o marginados por el propio sistema. De allí que su efectividad se dé con mayor fuerza debido al conocimiento que tiene, y, por ende, puede cambiar.

CAPÍTULO III:
ACERCA DE LA GERENCIA SOCIAL, PRINCIPALES APORTES

No existe duda que la gerencia organizacional y de forma tradicional puso énfasis en los procedimientos, así como en los métodos y técnicas que sin duda alguna fueron en su momento claves para la obtención de resultados. No obstante, y a raíz de los fenómenos sociales aparecidos en los últimos años, los cambios que se han dado han provocado importantes procesos que han incidido en los niveles de organización, entre ellos, la gerencia social que han propiciado los cambios en cuanto a la organización y a resarcir de algún modo, lo que tradicionalmente ha dejado en el camino los viejos esquemas de gerencia.

3.1 En torno a la gerencia social

Considerado como un nuevo enfoque de gestión de las políticas sociales. La gerencia social es concebida, por un lado, como un cuerpo de conocimientos, y por el otro, un conjunto de prácticas emergentes que sirven de apoyo a la intervención de los actores sociales que están o se encuentran involucrados en un determinado contexto o ámbito. Una definición acerca de la gerencia social, se encuentran en que esta sirve de plataforma para que todos los actores lleguen a formar parte de las políticas, así como de las acciones que se emprendan en una determinada localidad.

Una de las definiciones más clásica acerca de la gerencia social es que esta es un conjunto que se constituye no solo de prácticas, también de técnicas y principios que permiten mediante su aplicación que se den cambios relevantes al menos en un estado, así como incidir en el bienestar de la población. Para Mokate y Saavedra, (2006):

> La gerencia social es un campo de acción (o práctica) y de conocimientos estratégicamente enfocado en la promoción del desarrollo social. Su tarea consiste en garantizar la creación de valor público por medio de la gestión, contribuyendo a la reducción de la pobreza y la desigualdad, así como al fortalecimiento de los estados democráticos y de la ciudadanía.

Entre los principales propósitos de la gerencia social, se encuentran la equidad, la articulación, el impacto, la participación social y la flexibilidad. No obstante, la parte operativa de la gerencia social se halla, precisamente no solo en la gestión de programas, sino que también se logra dar en los planes sociales.

En ese sentido, se entiende que la gerencia social tiene que ver con acciones, además con el perfeccionamiento de los beneficios de la comunidad. Por lo tanto, es un instrumento que mide qué aspectos se han modificado y cuáles ameritan una atención pronta, por lo tanto, el objetivo de una gerencia social implica no solo el perfeccionamiento como la calidad de la vida de los involucrados.

La gerencia social surge como un mecanismo de avance, pero también emerge como parte de una respuesta social, ante la debilidad o la baja eficiencia por parte del estado para darle solución a verdaderos problemas de índole social. De allí que, la gerencia social no solo es un mecanismo de soluciones, sino que forma parte de la vanguardia en la solución de dificultades. Su objetivo está centrado en la obtención de resultados, casi siempre estos con carácter social.

3.2 Objetivos de la gerencia social

Entre los objetivos más destacados se encuentran los siguientes:

- Promover la unificación de los grupos sociales existentes en la comunidad
- Desplegar funciones relevantes, así como funciones que sean operativas

- Registrar los principios de la ciudadanía, concibiendo cómo o de qué manera practicar sus derechos y cómo aceptar sus responsabilidades en lugares de la geografía.
- Desarrollar una ética de la responsabilidad social
- Lograr que los programas ejecutados logren sostenibilidad en el tiempo

Se podría decir que gerencia social, entraña, un sólido cuerpo no solo de experiencias como las que desarrolla en un determinado contexto, sino que también adopta conocimientos necesarios para transformar y sistematizar los resultados que se logran obtener de la experiencia.

En ese contexto, lo que persigue la gerencia social está relacionado con los mecanismos y las dinámicas que se dan en el mismo seno organizativo, ya que estos aspectos inciden en su totalidad en el desarrollo económico de una determinada comunidad. Por años se ha desestimado el gasto interno por lo que se ha menospreciado, incluso marginado el gasto que se destina a la educación o a la salud pensando que este gasto no ofrece ningún tipo de ganancia y desarrollo. Sin embargo, los recursos que se invierten en estos sectores pueden ser positivos si se aprovechan en su totalidad.

Según las orientaciones dadas por el Banco Mundial, existen cuatro tipos de capital:

> Los activos naturales, integrados por la dotación de recursos naturales o geográficos originarios de la misma, los activos producidos por la acción humana desde infraestructura hasta medios financieros; el capital humano, conformado por la población, y el capital social, integrado por valores, las instituciones y las pautas culturales, entre otros aspectos (Kliksberg, 1999, p. 16).

Buena parte del desarrollo de una determinada localidad va a depender en gran medida de su capital humano, por un lado, y por el otro, el capital social, quienes definirán el avance, así como el progreso de un ámbito específico. Para el presente siglo su peso es

decisivo, puesto que la calidad del capital humano de una nación, así como de su inteligencia definirán los verdaderos avances y su entrada en la nueva economía del mercado.

Existen importantes datos en relación a esta idea, ya que una mayor inversión en los sectores antes señalados repercutirá en su totalidad en el desarrollo de la comunidad y de su entorno. En ese sentido, aquellas naciones que logren invertir en su educación y salud tendrán mejores oportunidades, así como beneficios que se traducirán en mejoras, así como en recursos para el fortalecimiento de sus economías.

La inversión no es el simple uso de un recurso para la obtención de beneficios económicos, puesto que los beneficios es también crecimiento, entre otros aspectos. Hoy en día la mayoría de los países están virando hacia otras perspectivas de cambios. Estas lecturas, ciertamente, ya no son desde el centro, sino que son miradas que se están enfocando desde otros horizontes como las mismas localidades quienes están asumiendo el rol protagónico que le fue arrebatado:

> En este momento las sociedades están abocadas a un gran cambio, pues desde las entrañas de los países desarrollados se teje un nuevo sistema social que se genera a partir de la globalización y cuyo epicentro es ya el conocimiento. La globalización produce las condiciones para una nueva sociedad mundial configurada a partir de los grandes desarrollos tecnológicos y telemáticos que se han dado durante el siglo XX (Barranco, 2020, p. 103).

Estos avances, ciertamente, han propiciado en las comunidades procesos y dinámicas que antes no existían, así como forma de integración formando de esta manera un corpus integrado para darle solución a los diversos problemas que se hacen presente en la comunidad. Uno de estos aspectos está relacionado con la salud. Muchas comunidades

y localidades que se encuentran alejadas de los grandes y adelantados urbes no tienen en ocasiones las mismas oportunidades de desarrollo, por lo que estas han tenido que movilizarse para obtener algún tipo de beneficio.

En el sector educativo, para colocar un ejemplo, las condiciones de estudios en algunas comunidades ha sido durante años un proceso inacabado. Muchos jóvenes al no ver continuidad en sus estudios generándose una suerte de migración interna que pone en riesgo la población de estas comunidades, asimismo, las condiciones culturales se verán drásticamente afectadas debido a un proceso de implantación cultural desde la propia vestimenta hasta la forma de comportarse que se verán cambiadas. Esto sin mencionar otros aspectos inherentes a la cultura de este individuo.

En el ámbito de la salud, este parece jugar un papel importante puesto que una comunidad sana en todos los sentidos, incidirá en el desarrollo y en los factores tanto micro como macro económico. En este marco de ideas, lo que busca trazar la gerencia social es la construcción de espacios que sirvan para la interacción social (Barranco, 2020). En el caso de la salud mental, tema central de la investigación, es desarrollar a partir de estas experiencias, espacios de diálogo, pero también políticos. Se trata, tal y como lo ha señalado Barranco (2020) "de un proceso que se lleva a cabo en la sociedad y en las organizaciones" (p.103), pero también en todas las dependencias, así como en las instituciones, y busca dar atención a las necesidades y problemas sociales más urgentes.

No obstante, para que la gerencia social se dé con fuerza, es importante poner en relieve qué fortalezas o con qué cuenta la comunidad para abastecerse de estas, para crear desde adentro, sus propias lógicas, así como sus propias herramientas con el fin de cubrir sus propias necesidades. De esta forma, la gerencia social más allá de ser una herramienta,

se constituye en un canal donde las personas actúan, se integran y accionan procesos en colectivo con el objetivo de generar cambios (Barranco, 2020).

En este contexto, es importante poner en relieve que la gerencia social se da en aquellos sectores que por tradición han estado excluidos, incluso marginados por el sistema. Dentro del campo de la salud, muchas iniciativas que han cuidado y protegido a las comunidades, han vivido por mucho tiempo segregadas por no pertenecer al centro. En ese sentido, y entre los planes y objetivos de la gerencia social es rescatar todas estas iniciativas, con el fin de que estas contribuyan con el sistema, incluso mejorarlo.

Aunque el concepto en sí no es nuevo, la gerencia social ha existido desde hace unos cuantos años, sobre todo en países de América Latina donde los niveles de organización han emergido, precisamente desde el propio seno cultural comunitario. Experiencia que han marcado una sobrada importancia en pro del desarrollo del entorno ante un agotamiento por parte de las políticas que emanan del estado. En parte la gerencia social surge, para dar una respuesta ante las amargas y estrepitosas experiencias anteriores, así como deficiencias estructurales que históricamente ha demostrado dicho sector no solo a nivel estructural, sino también hacia los enfoques y paradigmas que han sido empleados pero con resultados no casi siempre esperados, por lo que la gerencia social tiene la tarea de resarcir con el fin de dar respuestas a la comunidad ante el debilitamiento de las estructuras del estado (Navarro, 1997).

De acuerdo a Meja citado por Vásquez (2020) la gerencia social es más allá de un conjunto de técnicas que se logran desarrollar dentro de una determinada organización con el fin de cumplir con metas u objetivos planteados, sino que es una actitud que permite no solo el desarrollo de recursos humanos, sino también tecnológicos o financieros con la intención y el propósito de generar recursos.

La gerencia social propone, a grandes rasgos, un conjunto de acciones que van desde la planificación, la dirección, el monitoreo hasta la evaluación de los programas sociales con el objetivo de mejorar su impacto en beneficio de la comunidad. De igual modo, la gerencia social, provee al gestor de programas de herramientas para una gestión no solo eficaz sino eficiente.

La tarea de la gerencia social eficaz consiste en adoptar un enfoque heurístico con el fin de afrontar la realidad social, donde los problemas no se abordan en base a recetas predeterminadas que establecen lo que se debe hacer. Una visión heurística incorpora analizar la realidad desde la complejidad y la incertidumbre.

Para que la gerencia social cumpla sus objetivos es importante que en la ejecución de los programas estatales deben abandonar o dejar a un lado sus intereses sectoristas, ya que para un mejor rendimiento y resultados se debe tener en consideración el carácter multicausal de los problemas sociales, cuya solución exige y demanda la necesidad de un trabajo tanto interdisciplinario como intersectorial.

Del mismo modo, es necesario e imperativo plantearse y formular estrategias para que en el desarrollo de los programas se cuente con la participación activa de la comunidad, teniendo en consideración las características socioculturales de sus miembros, así como su cosmovisión de la realidad.

3.3 Lineamientos de gestión en gerencia social

- **Adopción de una gerencia adaptativa**

La escasa posibilidad de predecir los acontecimientos requiere que el gerente social estudie la realidad in situ , y esté atento a los cambios del contexto e incorpore subsecuentemente cambios en los planes de manera estratégica. El estilo gerencial

adaptativo se distancia de la concepción tradicional de la gerencia que traza planes a nivel central sin consideración y retroalimentación de los niveles operativos.

- **Abordaje multidimensional**

El contexto social debe servir como fuente de información constante en la ejecución de los programas sociales, cuya evaluación y análisis se realiza mejor haciendo uso de herramientas adecuadas para detectar oportunidades. El gerente debe analizar los diferentes aspectos económicos, culturales, sociales y tener en cuenta el rol de los grupos de interés y las organizaciones sociales de la comunidad.

- **Enfoque integral**

La ejecución de los programas gubernamentales ha sido comúnmente de tipo sectorista como por ejemplo: se buscaba la solución de problemas educativos, como bajo nivel del aprendizaje de los niños solo desde un punto de vista pedagógico dejando de considerar las variables biológicas, nutricionales, emocionales, entre otros que podrían explicar tal situación.

Indudablemente los problemas sociales son multicausales, cuya solución requiere un enfoque sistémico y no unilateral, de este modo un enfoque holístico favorecería el logro de metas de los programas.

- **Desarrollo de capacidades para una gestión efectiva**

La gestión efectiva requiere el desarrollo de capacidades en el capital humano .Frente a un panorama de descentralización en país en el que se han entregado la responsabilidad de programas sociales a distintos niveles de gobierno como municipios y gobiernos regionales, requiere una acción coordinada para lo cual es importante desarrollar capacidades de negociación.

- **Descentralización y sus ventajas**

La descentralización tiene sus ventajas en el sentido que permite monitorear el desarrollo y cumplimiento de metas de los programas sociales en la propia localidad ,sin embargo, desde el nivel central se debe evitar caer en la inflexibilidad respecto al cumplimiento de metas trazadas desde unas perspectiva burocrática sin atender los problemas locales que podrían impedir el cumplimiento de los objetivos del programa ,lo que significa en esencia ,volver a ser centralista .Todo lo anterior implica capacitar al nivel central en un nuevo rol descentralizador.

- **Modelos participativos**

En numerosos estudios se ha demostrado la importancia de la participación de la comunidad en los distintos momentos de gestión de los programas. Una participación social adecuada garantiza muchas veces la sostenibilidad de un programa en el tiempo por parte de los beneficiarios. Los actores sociales tienen a menudo capacidades que afloran mediante mecanismos participativos.

Una gerencia social eficaz se asocia a un mayor nivel de participación de los beneficiarios.

- **Implementación de redes**

Implementar redes entre las entidades o los actores sociales garantiza en su totalidad resultados óptimos al articular de forma eficaz el aporte y la acción de los actores que se involucran no solo de forma directa, sino también de forma indirecta. La sinergia de los actores sociales genera en su conjunto, una gerencia mucho más eficiente, así como eficaz.

- **Control social**

La comunidad tiene la responsabilidad de monitorear el desenvolvimiento de los programas sociales. En esa línea, el gerente social debe propiciar, así como proponer modelos eficientes, asimismo, definir indicadores y metas reales, generando de este

modo, una auditoría social con el fin de garantizar el logro de los objetivos y metas de un determinado programa social.

3.3.1 Herramientas de gerencia social

Gerenciar un programa implica en primer lugar, tener una mirada holística de la realidad. En segundo lugar, desarrollar mecanismos flexibles de gestión que hagan posible el cambio social.

Para efectivizar la labor con la visión descrita la gerencia social provee instrumentos que permitan abordar de manera integral el contexto donde se desarrollan los programas sociales Existen una diversidad de herramientas de gestión social tales como: planificación local participativa, marco lógico, árbol de problemas, análisis FODA participativo, formulación de actividades con compromiso social ,técnica de negociación, manejo de conflictos, monitoreo participativo de programas, evaluación participativa de un programa, establecimiento de redes ,rendición de cuentas ante la comunidad ,evaluación. Estas herramientas posibilitarán el desarrollo de una gerencia estratégica capaz de adaptarse a un contexto cambiante y complejo que proponga innovaciones en el manejo de los programas sociales a través de una gestión del conocimiento y organización aprendiente.

A través de las distintas herramientas que propone la gerencia social se pretende lograr los objetivos de los programas sociales y abordar la complejidad de la realidad social estableciendo una coordinación intrasectorial intersectorial, intrainstitucional e interinstitucional. La gerencia social debe utilizar las herramientas descritas para garantizar la efectividad e impacto de los programas sociales.

El estudio que presentamos plantea el concurso de los actores sociales locales para evaluar los resultados anuales de la estrategia de análisis a través de instrumentos idóneos,

monitoreando los factores que intervienen en el impacto del programa a nivel distrital, detectando fallas en forma oportuna.

La información que se obtenga del desarrollo del programa debe trasladarse a los responsables del programa a fin de que se formulen propuestas innovativas para mejorar el funcionamiento de la estrategia.

Una verdadera gerencia social le corresponde establecer como meta principal abogar por una mayor responsabilidad grupal, así como generar, en su conjunto un mayor interés por lo colectivo o lo público. Tener la capacidad de saber comunicar al conjunto de actores sociales acerca de los intereses y los cambios que se necesitan. También trabajar con los talentos existentes, para eso, la gerencia debe saber distinguir quién posee rasgos para la dirección y la planificación. De esta manera, se logran los objetivos, así como las metas propuestas.

CAPÍTULO IV:
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

La salud mental constituye un tema de salud pública que ha cobrado gran relevancia en los últimos años, luego de que en algunos estudios se mostraran la relación entre menoscabo de la salud pública y las limitaciones para un desarrollo integral. En Perú, existen factores que agravan la salud mental como consecuencia de factores relacionados con los procesos históricos, aunado a la herencia cultural desde que los españoles arribaron a estas indómitas y turbias tierras.

Buena parte de los procesos históricos se vieron empañados por diversos acontecimientos que, si bien generaron rechazo, por otro lado, desarrollaron importantes desigualdades que se han notado con fuerza en el presente. En este sentido, procesos como la colonia y la era republicana marcaron de igual modo profundas desigualdades donde se han vulnerado con fuerza el derecho de sus habitantes. En aquellas épocas, era visto como algo normal que las situaciones se resolvían de forma violenta aceptando que el orden debía ser logrado mediante la fuerza puesto que así estaba asignado por medio divino. Esta situación, ciertamente, fue creando enormes desigualdades, aunado a una mentalidad inferior, así como de maltrato y frustración que ha venido atravesando la salud mental de la mayoría de la población.

La salud mental está asociada por la población, por un lado, a los altos índices de violencia de múltiples manifestaciones que se presentan en la sociedad, y por el otro, el

bienestar no solo a nivel personal sino también social o grupal que ciertamente tiene un fuerte componente esencial en la salud mental, así como su repercusión en la sociedad

4.1 Objetivo general

Definir el grado de cobertura de metas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (ESNSMCP) ejecutada en los centros sanitarios del Distrito Carmen de la Legua del Callao en los años 2010 y 2011 y precisar los factores que se relacionan con el nivel de avance de logros.

4.2 Objetivos específicos

- Evaluar el grado de logro de metas en los indicadores (cobertura de atendidos, tamizaje, visitas familiares integrales, intervenciones comunitarias, talleres de habilidades sociales y capacitación), de la ESNSMCP en los centros de salud distritales.
- Precisar los factores facilitadores y limitantes en la ejecución de la estrategia de salud mental en el Distrito.
- Plantear una propuesta para fortalecer el desempeño de la estrategia en el ámbito del Distrito.

4.3 Tipo de investigación

En la presente investigación se evalúa los avances en el desarrollo de la estrategia ESNSMCP en los centros de salud distritales, realizando un análisis de los factores de gerencia social que se relacionarían con los resultados obtenidos en la ejecución de la estrategia.

Los estudios evaluativos ponen especial énfasis en la utilidad del conocimiento para el logro de metas. La investigación evaluativa provee de información oportuna para una adecuada planificación, ejecución y desarrollo de un programa. ulteriormente. La investigación evaluativa es una modalidad de la investigación aplicada, que permite plantear escenarios futuros respecto a los resultados de un programa (Correa, Puerta y Restrepo, 1997).

La investigación evaluativa permite describir las variables de estudio sin posibilidad de manipulación y sus resultados son aplicables de manera específica al programa o estrategia objeto de estudio fundamentalmente.

La investigación evaluativa al igual que otros tipos de investigación utiliza instrumentos para obtener datos cuantitativos y cualitativos según la naturaleza de las variables.

Cuando se evalúa una entidad o programa se explora aspectos organizacionales, la estructura y función de sus diversoscomponentes institucionales. La evaluación se realiza en el marco de los objetivos o metas previstas.

Asimismo la evaluación de programas involucra valorarlas actividades en función de objetivos trazados. Los objetivos son situaciones previstas alcanzables mediante la implementación de estrategias, y son de gran utilidad para evaluar los resultados logrados.

La evaluación comprende la emisión de un juicio respecto a una actividad, en función al nivel de logro de un objetivo, involucra valorar los recursos utilizados y compararlo con otra actividad o estándar que sea considerado referente.

El presente estudio utiliza los indicadores trazados por la estrategia sanitaria para la evaluación del desarrollo de la estrategia a nivel distrital.

4.4 Estrategia de Investigación

Se desarrolló una investigación de carácter mixto, empleando un análisis cuantitativo y cualitativo, en el marco de una investigación de tipo evaluativa.

4.5 Unidad de análisis

Constituida por los establecimientos de salud Villa Señor y Carmen de la Legua, donde se ejecuta la estrategia sanitaria ESNSMCP.

4.6 Fuente de información

El presente estudio utilizó documentos normativos del MINSA, que implementaron la estrategia ESNSMCP a nivel nacional y regional; informes anuales, reportes mensuales; informes de tamizaje y cobertura, reportes de actividades desarrolladas en los centros de salud distritales concernientes a la ESNSMCP

Asimismo, se entrevistó a personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia, representantes de organizaciones sociales y autoridades de entidades estatales de la comunidad.

4.7 Técnicas

a. **Análisis documental:** técnica que mediante el análisis de documentos estudia las características del objeto de estudio, con la finalidad de explorar las actividades ejecutadas. En el presente estudio se utilizó los informes operativos de las actividades mensuales realizadas en la estrategia sanitaria en los centros de salud distritales.
b. **Entrevista:** técnica que permite proveerse de información sobre percepciones y vivencias de los actores. En la presente investigación la entrevista se realizó al personal encargado de la estrategia a fin de captar las opiniones de los mismos .

c. **Focus group:** técnica que permite explorar las opiniones o actitudes de 6 a 12 personas en torno a un tema. En el estudio se realizó un grupo focal con representantes de organizaciones de la comunidad, agentes comunitarios, autoridades de la municipalidad y colegios, teniendo como tema el trabajo de las instituciones sobre la salud mental en la comunidad.

4.8 Instrumentos

- Guía de análisis de normatividad y documentos anexos que implementa la estrategia.
- Matriz de análisis de informes mensuales de los operadores de la estrategia
- Guía de entrevista.
- Guía de grupos focales

4.9 Procedimiento

La información se recolectó a partir del análisis documental de los informes operativos reportados mensualmente en los años 2010 y 2011.

Asimismo, se recogió información a partir de entrevistas semiestructuradas al personal encargado de la estrategia y al equipo de trabajo.

También se realizó focus groups con líderes de organizaciones sociales y representantes de instituciones estatales del distrito.

4.10 Variables

- V1 Cobertura de atendidos
- V2. Tamizaje de problemas mentales
- V3 Visitas familiares integrales

- V4 Intervenciones comunitarias
- V5 Talleres de habilidades sociales
- V6 Talleres de capacitación de personal de salud.

Los datos que se obtuvieron se procesaron mediante procedimientos de estadística descriptiva con soporte informático excel 2007.

4.11 Resultados

Se presentan resultados en relación a los objetivos de la presente investigación acompañados de un análisis e interpretación del cumplimiento de las metas de la estrategia ESSMCP.

Asimismo, se realiza un análisis de los factores limitantes o facilitadores de los avances.

4.12 Cobertura de atendidos en salud mental

A continuación, se muestra la cobertura de atendidos en salud en el establecimiento CS Carmen de la Legua 2010 – 2011.

Tabla 2.
Cobertura atendida

Grupo / Años	Niño		Adolescente		Adulto		Adulto mayor	
	N°	% Cob	N°	% Cob	N°	% Cob	N°	% Cob
2010	1965	2.5	1984	5.9	6692	1.2	1121	0.8
2011	1702	9.9	1674	23.9	6389	13.7	1362	15.4

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla muestra que la cobertura de atendidos lograda en el CSCarmenLegua durante los años 2010 y 2011, es exigua en relación a lo esperado ya que debería alcanzarse entre un 80 a 100% para afirmar que se ha logrado resultados aceptables. En el año 2010 la

cobertura más alta correspondió al trabajo con adolescentes con un 5,9 % y la más baja del adulto mayor con un 0,8%. En el año 2011 se logró avances hasta en un 23% con los adolescentes y sólo un 9,9% en el trabajo con niños.

Lo anterior expresa que el Centro de Salud Carmen de la Legua no ha realizado avances suficientes en la estrategia ESSMCP para atender las necesidades de atención de su ámbito jurisdiccional.

En base a lo mostrado, el insuficiente cumplimiento en las metas de cobertura, expone a la población a un conjunto de riesgos y daña la accesibilidad de atención.

Seguidamente se muestra la cobertura de atendidos por la Estrategia Sanitaria en el otro establecimiento CSVillaSeñor

Tabla 3.

Avances en metas por años de atendidos de la estrategia en establecimiento CSVillaSeñor 2010-2011

Grupo / Años	Niño		Adolescente		Adulto		Adulto mayor	
	N°	% Cob	N°	% Cob	N°	% Cob	N°	% Cob
2010	1040	0.1	1048	0.3	3538	0.2	590	1.2
2011	900	0	884	0	3376	0.4	697	1.7

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla anterior muestra un bajísimo nivel de cobertura de atendidos en los años 2010 y 2011 en el establecimiento CSVilla Señor.

En el 2010, en el grupo de adultos mayores solo se avanzó en un 1.2% ,y con los niños sólo un exiguo 0.1%.

En el 2011 en el grupo de adultos mayores se alcanzó una cobertura de 1,7% y en el grupo de niños y adolescentes no hubo ningún avance.

La tabla anterior expresa que en dicho establecimiento no se atiende la problemática mental sobre todo en grupos vulnerables tales como niños, adolescentes y adultos mayores.

La situación descrita en el que la cobertura de atendidos es nula o ínfima amerita realizar un análisis profundo y propiciar un nuevo enfoque.

4.11 Tamizaje

A continuación se muestran lo hallado en casos de violencia familiar, depresión, uso y abuso de alcohol, episodios psicóticos y otros en el CSCarmenLegua.

Tabla 4.
Tamizaje de afecciones mentales en el establecimiento Carmen Legua, años 2010-2011.

Años / Afección mental	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Violencia familiar	45	14.0	77	23.3
Episodios depresivos	65	29.2	200	153.5
Transtorno de consumo de alcohol	25	12.0	77	48.0
Síndrome psicótico	0	0.0	0	(7 casos)
Otros (consejerías)	90	0.0	130	124.6

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla anterior muestra que en el año 2010 hubo un avance mayor en el tamizaje de episodios depresivos con un 29,2% y en menor proporción se desarrolló la detección de uso y abuso de alcohol con un 12%. En el 2011 se logró un mayor tamizaje de trastornos depresivos lográndose un 153,5% de avances.

Comparando el desarrollo de actividades, en el 2011 hubo mejores avances 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 tiempo completo mientras que en el 2010 se dedicó a la

estrategia un psicólogo SERUMISTA quien laboraba solo tres días a la semana y sin percibir remuneración.

A continuación se muestra el avance de tamizaje logrado en el establecimiento CSVillaSeñor en los años 2010-2011.

Tabla 5.
Tamizaje de afecciones mentales en V. Sr. de los Milagros, años 2010-2011.

Años / Afección	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Violencia familiar	20	5.5	77	0
Trastorno depresivo	25	24.0	77	3.8
Transtorno de consumo de alcohol	10	20.0	77	0
Síndrome y/o trastorno psicótico	0	0.0	0	0.0
Otros (consejerías)	40	14.0	60	0.0

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla refleja que en el año 2010 hubo un mayor avance en el tamizaje de episodios depresivos con un 24% y en menor cantidad tamizaje de casos de violencia familiar con un 5,5 %.

La tabla también muestra que en el 2011 sólo se hizo el tamizaje de problemas depresivos en 3,8% descuidándose el tamizaje de otras afecciones mentales.

Se evidencia un mejor avance en el 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 otro establecimiento.

Las tablas muestran que hay una nula o débil atención en la jurisdicción del establecimiento Villa Sr. de los Milagros en lo referente al tamizaje, que se agudizó en el 2011, lo que permite deducir que se requiere una intervención urgente para realizar un tamizaje preventivo que permita detectar en forma oportuna problemas en dicho establecimiento.

4.12 Visitas familiares integrales

Realizar procesos de intervención familiar es importante en las personas con trastornos mentales o conductuales. A continuación se muestra el avance en visitas familiares integrales realizados en los establecimientos de salud distritales.

Tabla 6.
Visitas familiares integrales desarrollado por el CSCarmen de la Legua años 2010-2011.

Años / Motivo de visita	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Violencia familiar	4	75.0	6	0.0
Trastorno depresivo	4	50.0	6	0.0
Abuso de alcohol	3	0.0	5	0.0
Intento de suicidio	3	0.0	5	0.0
Trastorno psicótico	2	0.0	2	0.0

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla muestra que las visitas familiares integrales sólo se realizaron en el 2010, pero en el año 2011 no se realizó ninguna visita familiar a pesar que el establecimiento de salud contaba con una psicóloga a tiempo completo.

Seguidamente se muestra las visitas familiares integrales en el establecimiento VillaSeñor en el 2010 y 2011.

Tabla 7.
Visitas familiares integrales en el establecimiento VillaSeñor, años 2010-2011.

Años / Motivo de visita	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Violencia familiar	2	0.0	1	0.0
Trastorno depresivo	2	0.0	1	0.0
Abuso de alcohol	2	0.0	1	0.0
Intento de suicidio	1	0.0	1	0.0
Trastorno psicótico	1	0.0	1	0.0

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla evidencia resultados preocupantes puesto que no se visualiza visitas familiares integrales para ningún caso de problemas de salud mental durante los años 2010 y 2011.

Es necesario señalar que la ausencia de un profesional psicólogo no justifica la ausencia de visitas familiares ya que en otros países esta actividad puede ser desarrollada por cualquier otro profesional de salud o personal técnico capacitado. En resumen, en el establecimiento de salud Villa Señor la estrategia de salud mental está paralizada en el indicador descrito.

4.13 Intervenciones comunitarias

Se evalúa seguidamente las intervenciones comunitarias.

Tabla 8.
Intervenciones comunitarias en el CS Carmen la Legua, años 2010-2011.

Años / Intervenciones comunitarias	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Campañas	1	100.0	1	0.0
Reuniones multisectoriales	1	0.0	1	0.0
Reuniones de sensibilización	1	100.0	1	400.0

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla evidencia que en el 2010 se ejecutaron campañas de salud mental y actividades de sensibilización lográndose las metas al 100%, en contraste en el año 2011 sólo hubo reuniones de sensibilización llegándose a cuadriplicar el cumplimiento de las metas.

Asimismo la tabla anterior muestra que se ha realizado intervenciones comunitarias pero lo que se evidencia de manera indirecta es la ausencia de un trabajo intersectorial con la Municipalidad, sector educativo entre otros; que conforme a lo desarrollado anteriormente juega un rol importante para el logro de metas.

Seguidamente se muestra la cobertura de intervención comunitaria el establecimiento Villa Señor.

Tabla 9.
Intervenciones comunitarias en el establecimiento VillaSeñor, años 2010-2011.

Años / Intervenciones comunitarias	2010		2011	
	Meta	**% Cob**	**Meta**	**% Cob**
Campañas	sin meta	0.0	sin meta	0.0
Reuniones multisectoriales	sin meta	0.0	sin meta	0.0
Reuniones de sensibilización	sin meta	0.0	sin meta	0.0

Fuente:
DIRESA, (2010)

Lo descrito en las tablas es alarmante, por cuanto no se ha ejecutado intervención comunitaria alguna en el establecimiento y lo más preocupante es que no hay metas trazadas.

Las intervenciones comunitarias no se están desarrollando como deben ser en ambos establecimientos de salud del Distrito, siendo más grave la situación en la localidad de Villa Señor, dejándose de realizar un trabajo comunitario.

4.14 Talleres de habilidades sociales

Seguidamente se evalúa talleres de habilidades sociales. Las habilidades sociales han sido reconocidas como capacidades que juegan un rol trascendental en la prevención de afecciones mentales que se puede lograr mediante ejecución de talleres por parte de los establecimientos.

Tabla 10.

Talleres de habilidades sociales CSCarmen de la Legua, años 2010-2011.

Años / Intervenciones comunitarias	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Taller de prevención de la violencia	8	25.0	2	0.0
Taller de prevención de alcoholismo	8	25.0	2	0.0
Otros talleres de prevención	7	157.0	1	0.0

Fuente:

DIRESA, (2010)

Las tablas muestran, que en el 2010 se logró un 157% en las metas de talleres de habilidades sociales y un 25% en talleres de prevención de abuso de alcohol y violencia en el establecimiento Carmen de la Legua, por el contrario, en el 2011 no hubo ningún avance lo que llama poderosamente la atención.

Tabla 11.

Talleres de habilidades sociales en el establecimiento VillaSeñor, años 2010-2011.

Años / Intervenciones comunitarias	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Taller de prevención de la violencia	sin meta	0.0	sin meta	0.0
Taller de prevención de alcoholismo	sin meta	0.0	sin meta	0.0
Otros talleres de prevención	sin meta	0.0	sin meta	0.0

Fuente:

DIRESA, (2010)

La tabla evidencia que no se ha realizado ningún taller de habilidades sociales, por tanto, no hay actividad de promoción ni prevención idónea, a ello se agrega la ausencia de metas que refleja ausencia de planificación e impide actividades de monitoreo.

Se ha reconocido que las habilidades sociales constituyen un factor protector frente a las afecciones mentales, de ahí la necesidad de programarlos, sin embargo, el pobre accionar de los operadores de la estrategia en los establecimientos de salud muestra una indiferencia por realizar acciones de prevención para evitar el deterioro de la salud mental.

4.15 Talleres de capacitación

Para el logro de resultados en los programas de bienestar social juega un rol importante la calidad del talento humano, de ahí la importancia de programar y monitorear la formación de competencias en el personal de establecimientos y promotores de salud.

Tabla 12.
Talleres de capacitación en CSCarmenLegua, años 2010-2011.

Años / Talleres de capacitación	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Médico general	1	0.0	1	0.0
Psicólogo	1	0.0	1	0.0
Enfermero	1	0.0	1	0.0
Obstetriz	1	0.0	1	0.0
Trabajadora social	1	0.0	1	0.0
Técnico de enfermería	1	0.0	1	0.0
Agentes comunitarios	1	100.0	1	0.0
Otros	1	0.0	1	0.0

Fuente:
DIRESA, (2010)

La tabla evidencia que solo en el 2010 se realizaron actividades de capacitación a personas de la comunidad que voluntariamente vienen a apoyar al establecimiento. En contraste, en el año 2011 no se realizó ninguna capacitación.

Tabla 13.

Talleres de capacitación en establecimiento VillaSeñor, años 2010-2011.

Años / Talleres de capacitación	2010		2011	
	Meta	% Cob	Meta	% Cob
Médico general	1	0.0	1	0.0
Psicólogo	1	0.0	1	0.0
Enfermero	1	0.0	1	0.0
Obstetriz	1	0.0	1	0.0
Trabajadora social	1	0.0	1	0.0
Técnico de enfermería	1	0.0	1	0.0
Agentes comunitarios	1	100.0	1	0.0
Otros	1	0.0	1	0.0

Fuente:

DIRESA, (2010)

La tabla refleja que no se ha desarrollado ninguna actividad de formación de competencias en el potencial humano de Villa Señor y de agentes comunitarios.

En resumen, las tablas mostradas evidencian que no se han cumplido las metas previstas en cobertura de atendidos, tamizaje, visitas familiares integrales, intervenciones comunitarias, talleres de habilidades sociales y capacitación de potencial humano, en los establecimientos distritales. La situación es más preocupante por los exiguos avances en el establecimiento Villa Señor. Lo descrito anteriormente amerita una intervención urgente por cuanto se está dejando sin atención adecuada a todo un Distrito exponiendo por tanto a su población al riesgo de presentar una mayor incidencia de afecciones mentales y conductuales.

4.16 Entrevista a coordinadores responsables

Se entrevista a la coordinadora de la estrategia ESSMCP del establecimiento Carmen Legua quien asume la responsabilidad de la ejecución de la estrategia, de profesión

psicóloga, quién señaló la ausencia de apoyo por parte de la Jefatura y del personal de salud en general para desarrollar las actividades de la estrategia.

Asimismo, la coordinadora informó que no se realizaba un tamizaje de problemas de salud mental a los pacientes en general, que acudían por afecciones médicas o físicas. Refiere también la entrevistada, como un factor negativo la falta de competencias técnicas del personal en el manejo de la estrategia.

De igual modo, se entrevistó a la coordinadora de la estrategia del establecimiento Villa Señor, médico de profesión, que era a la vez la jefa del establecimiento, quién informó que un factor limitante del desarrollo era la falta de personal de salud y la ausencia de un psicólogo para realizar las actividades, por cuanto, el número de integrantes del equipo de salud no era suficiente para cumplir múltiples actividades. Al igual que la coordinadora anterior, también señalo la falta de competencias técnicas en el área del personal y la ausencia de una debida planificación, monitoreo y supervisión por parte de la DIRESA Callao.

4.17 Evaluación participativa

Para el focus group se reunió a representantes de organizaciones sociales de base, instituciones públicas, de asociaciones y urbanizaciones distritales, con la finalidad de explorar las percepciones de los actores sociales sobre el impacto de la estrategia. Participaron líderes de organizaciones sociales, directivos de las Comunidades y poblados, autoridades del sector educativo y del Municipio.

La siguiente tabla muestra los participantes en el focus group.

Tabla 14.

Participantes en el focus group.

Según la fuente de información	Organizaciones sociales/ Institucionales	Participantes M	Participantes F	Edad Rango	Lugar de Residencia	Total
Pobladores en general que participan en organizaciones sociales	1. Promotores de salud de Carmen de la Legua	0	4	35-48 años	Carmen de la Legua	4
	2. Promotores de salud de Villa Señor de los Milagros	0	1	48 años	Villa Señor de los Milagros	1
	3. Miembros de juntas vecinales y comedores populares	2	3	30-60 años	Villa Señor de los Milagros	3
	4. Jóvenes de Comunidad	1	0	20 años	Carmen de la Legua	1
Funcionarios del Municipio	5. Funcionarios de la Municipalidad	1	0	55 años	Carmen de la Legua	1

En el grupo focal los representantes de las organizaciones sociales, instituciones y representantes de la Municipalidad subrayaron la urgencia de atender los problemas de las personas con trastornos mentales.

A continuación se describen las definiciones de los participantes sobre la salud mental:

- "Persona con salud mental es la que tiene sus pensamientos, sus ideas bien concretas y definidas." (Sonia, Presidente del Comité Local de salud)
- "Estar bien de salud mental es poder trabajar y estudiar bien." (Roberto Osorio, líder juvenil de la Comunidad);
- "Es bienestar tanto emocional como psíquica de la persona que esté dentro de sus cabales" (Luzmila, Comité Local de Salud).

En lo concerniente a los trastornos mentales que se presentan en la comunidad expresaron lo siguiente:

- "Las enfermedades mentales en la comunidad son el estrés, la ansiedad por la pobreza, por disturbios en casa, por problemas de la economía " (Juan Carlos, Junta Vecinal).
- "(...) Hay falta de estabilidad de la familia, las familias son disfuncionales, (…)de los problemas familiares parten los problemas en los niños y en los jóvenes, no está bien el núcleo familiar." (Luzmila, Comité Local de salud)
- "La comunicación en la familia se ha perdido ahora, actualmente el padre tiene que trabajar más horas, (…) si no hay comunicación se forman las enfermedades neurológicas, estrés, depresión, parálisis faciales." (Roberto Osorio, Municipalidad)
- "La tecnología también hace daño. Por ejemplo, el internet o el chat, los chicos llegan del colegio y se meten a la computadora, (…) si tienen la suerte de tener computadora, quieren más a la computadora que a los padres, la mamá o al papá (…) los hermanos." (Luzmila, Comité Local)
- "Los niños creen que las discusiones son normales, porque ahora hay un ambiente de violencia, falta mas cariño de los padres a los hijos."(Vilma, Directora de Institución Educativa San Rafael)
- "En mi barrio, 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 que tenía 11 años" (Enriqueta, Comité Local de Salud)
- "Hay bastantes problemas de violencia a la mujer que no salen a la luz, tu vas a la comisaria a denunciar maltrato y lo primero que te dicen es ¿qué habrás hecho? (...) por eso ya no quieren ir a denunciar." (Sonia Villacaba, Comité Local de Salud).

- "Yo estoy laborando en emergencias del hospital Carrión y he visto varios casos de personas de aquí del barrio de Carmen de la legua, que se lesionan así mismas (…) se quieren matar y entran por emergencia."(Juan Carlos, junta vecinal).
- "En mi barrio hay muchos alcoholicos (…) deberían cerrar esas casas que venden licor." (Enriqueta, Comité Local de salud).

En relación a las actividades del personal de salud en la comunidad manifestaron lo siguiente:

- "Nunca hemos visto a los que trabajan en la posta que visiten las casas para ver problemas de salud mental." (Roberto, Municipalidad)
- "Yo no he escuchado que las personas que trabajan en la posta visiten las familias con problemas." (Enriqueta)
- "La única institución que sabemos que atiende la salud mental es el Larco Herrera." (Luzmila).

En relación al acceso a la atención opinaron:

- "Las postas de la comunidad y el hospital y la municipalidad, deberían trabajar juntas."(Juan);
- "Deben disminuir los costos de la atención de psicología, los psicólogos en los colegios es muy necesario (…)" (Mercedes Vallejo)
- "Yo considero que ya, la parte de salud mental debe ser declarado una necesidad pública en el Callao por la gran cantidad de alcoholismo, maltrato, delincuencia, violencia (…) debería haber en la posta un centro especializado para poder prevenir esos asuntos." (Roberto Osorio, Municipalidad)

En relación a las patologías mentales existentes en la comunidad, los participantes del focus group sostienen como principales: el estrés, la violencia en las familias, violencia hacia la mujer, intentos de suicidio, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas ilegales, delincuencia, pandillaje y el maltrato a los niños.

Respecto al posicionamiento de la estrategia en la comunidad , los lideres de la comunidad manifestaron que no existe trabajo suficiente por parte del personal de los establecimientos para prevenir y atender la problemática mental. De igual modo, expresan la necesidad de contar con personal especializado para atender desde la comunidad el problema.

4.18 Factores limitantes y facilitadores para el cumplimiento de metas

En relación al uso de instrumentos gerenciales para optimizar el logro de resultados en el desarrollo de un programa, en este caso no se han utilizado herramientas de gerencia social que posibiliten una gerencia flexible y participativa.

Tampoco en la planificación y desarrollo de la estrategia no se ha tenido en cuenta las direcciones de trabajo anteriormente desarrolladas.

También es necesario señalar que en los diferentes momentos del desarrollo de la estrategia, no se ha incorporado la participación a los actores sociales, limitándose a un trabajo burocrático sin analizar en el momento de planificación el contexto macro y microsocial,dejándose de reconocer los aspectos sociales, culturales , antropológicas y políticos que influencian en la ejecución de la estrategia.

La estrategia ESNSMCP objeto de estudio se implementa en el Callao de manera burocrática, a nivel de la DIRESA Callao, siguiendo las disposiciones del MINSA. Se asignó la coordinación de la estrategia a nivel regional a un psiquiatra dado la formación académica de dicho profesional en salud mental, pero aparentemente no evidenciaba en

su gestión uso de herramientas de gerencia social por cuanto no lo conocían el personal de los establecimientos ni los líderes de las organizaciones de la comunidad, ello dificultaba una óptima ejecución de la estrategia.

Un elemento facilitador de la ejecución del programa era el marco conceptual y pautas contenidos en documentos normativos, que prescribía que la planificación de las actividades debería ser participativa, sin embargo, en la realidad no se cumplían dichas recomendaciones.

Asimismo, en los documentos normativos del MINSA se encontraban que los fundamentos teóricos de la estrategia de salud mental, que en esencia postulaban que el trabajo debía ser intersectorial lo que no se estaba cumpliendo.

A nivel organizacional en el momento de ejecución de la estrategia se estaba trabajando de manera sectorial predominantemente, es decir, solo desde el ámbito de la salud, sin realizar un trabajo intersectorial, dejando de lado un enfoque integral .Una visión holística permitiría comprender que la solución de un problema pasa por atender la complejidad del hecho social, es decir, la solución de un problema de salud pasa por un abordaje no solo desde el sector salud sino también requiere el concurso del sector educativo, municipal, laboral, cultural, etc.

Por otro lado, no se ha capacitado al personal de los establecimientos en aspectos técnicos y para una gestión interorganizacional capaz de desarrollar una gerencia sinérgica que explote las potencialidades del personal de la instituciones.

Por ende, no se ha logrado posicionar social ni políticamente la estrategia por ausencia de un trabajo intersectorial e interinstitucional que permitan lograr los objetivos trazados en el área de salud mental en el distrito.

Una evaluación cualitativa de la estrategia realizada a través del focus group con participación de representantes de las organizaciones sociales de las comunidades y autoridades de entidades públicas distritales , muestra que no se ha implementado redes de soporte , sociales y comunitarias para la eficiencia .y eficacia del programa.

La coordinación y ejecución de la estrategia en los establecimientos de salud están a cargo de médicos generales o psicólogos que carecen de la formación en herramientas de gerencia social que garanticen el logro de resultados.

La ausencia de una evaluación participativa y la falta de un control social por parte de los actores sociales involucrados repercute en los logros. Asimismo se objetiva que no se ha desarrollado un control gerencial adaptativo desde la coordinación de la DIRESA Callao que permitiría superar la clásica separación entre planeación y acción.

Bajo el enfoque de gerencia social se nota la ausencia de un equipo técnico que viabilice un monitoreo y evaluación con indicadores cuantitativos y cualitativos , la cual debe ser oportuna para corregir distorsiones en el proceso. Los resultados del monitoreo y evaluación de la estrategia sirven para una oportuna toma de decisiones en beneficio de la ejecución de la estrategia.

Desde una perspectiva de gerencia social un programa debe proveerse de información de manera oportuna y en tiempo real para coadyuvar al logro de resultados.

a. **Factores limitantes**

En resumen, podemos concluir que los principales factores limitantes en la ejecución del programa o estrategia fueron:

A nivel de planificación:

- Carencia de una planificación coordinada a nivel del sector salud de las actividades por parte de los establecimientos del distrito responsables de la ejecución de la estrategia.

- Ausencia de planificación de actividades intersectoriales.
- Carencia de diseño de actividades programadas con participación ciudadana.
- Ausencia de planificación de rendición de cuentas a nivel comunitario.

A nivel de implementación de estrategia:

- Insuficiente personal capacitado.
- Carencia de profesionales especialistas en el área mental dedicados a la estrategia.

A nivel de gestión:

- El modelo de gestión en los hechos era predominantemente sectorial.
- El modelo de gestión en los hechos era burocrático.
- Ausencia de un monitoreo oportuno de la estrategia.

b. **Factores facilitadores**

Entre los factores facilitadores se tienen:

A nivel de planificación:

- Pautas en documentos normativos del MINSA que delimitan las bases conceptuales para una planificación con enfoque participativo.

A nivel de implementación de estrategia:

- Disponibilidad de algún sector del personal de salud con toda sus limitaciones, por asumir la responsabilidad en la ejecución de la estrategia
- Existencia de protocolos de implementación de la atención en el área de Salud Mental

A nivel de gestión:

- Definición de indicadores de monitoreo planteados por la estrategia desde el nivel central.

4.21 Conclusiones

- En la evaluación se halló baja cobertura en el cumplimiento de metas de atendidos en salud mental a nivel distrital, lo que es preocupante por cuanto no se esta atendiendo las necesidades de la población debido a una inadecuada planificación, ejecución y débil monitoreo de las actividades del programa ;lo que se agrava por una falta de coordinación intersectorial y enfoque participativo.
- Se evidencia un pobre avance en las metas de tamizaje de problemas de salud mental planteadas para los años 2010 y 2011 en los establecimientos distritales, dejándose de detectar oportunamente afecciones mentales.
- No se han logrado las metas de visitas familiares integrales en los años 2010 y 2011 siendo menor el avance en el establecimiento Villa Señor, dejando de atender los factores de riesgo familiar.
- No se ha logrado las metas de intervenciones comunitarias en salud mental programadas para los años 2010 y 2011,dejándose de actuar sobre el contexto comunitario.
- Hay insuficiente avance en las metas de talleres de habilidades sociales según las metas programadas para los años 2010 y 2011,dejándose de trabajar en los factores protectores de afecciones mentales.
- La capacitación de recursos humanos en salud mental fue nula o exigua a nivel distrital. Hay solo un escaso avance en el establecimiento de salud Carmen de la Legua en el año 2010 mientras que en el año 2011 no se ejecutó ningún taller de capacitación en los centros de salud distritales, lo que afecta el desarrollo de la estrategia por cuanto el talento humano es crucial para el logro de resultados.

- Se evidencia una gran diferencia entre los resultados reportados por la DIRESA Callao en el cumplimiento de metas con respecto a los ínfimos avances en los centros distritales donde se ejecuta la estrategia.
- No existe un adecuado sistema fluido de referencia y contrareferencia de los pacientes a nivel distrital, lo que afecta la atención.
- Insuficiente presupuesto en la DIRESA Callao para dotar de recursos humanos y material para desarrollar las actividades de la estrategia, lo que exige la necesidad de realizar alianzas estratégicas.
- La percepción de los representantes de las organizaciones sociales es que los establecimientos de salud no están desarrollando actividades en la comunidad para prevenir los problemas de salud mental a pesar de la alta prevalencia de violencia y trastornos mentales, sin embargo, los líderes de la comunidad mostraron interés en apoyar acciones de promoción y prevención.
- Para los coordinadores de la estrategia de los establecimientos distritales el insuficiente personal y la falta de profesionales en salud mental limitan el logro de metas. Asimismo, consideran que la DIRESA Callao prioriza los problemas de salud de tipo orgánico o médico como las enfermedades infecciosas en desmedro de la salud mental.
- La ausencia de una capacidad gerencial social con una visión holística, sistémica y la falta de un trabajo intersectorial con enfoque participativo en la gestión de la estrategia sanitaria, limitaron el cumplimiento de metas .Asimismo, la ausencia de un monitoreo impide realizar correcciones en forma oportuna.

- Existe una normatividad actualizada por parte del MINSA para implementar un modelo comunitario de salud mental que facilitaría el acceso a la atención oportuna de las poblaciones vulnerables.
- Se requiere implementar una mesa de trabajo intersectorial e interinstitucional que coadyuve al logro de las metas de la estrategia para garantizar la salud mental de la población distrital desde un enfoque de derechos humanos.

4.22 Recomendaciones

- Implementar las herramientas de gerencia social para la gestión de la estrategia, garantizando un monitoreo oportuno y evaluación estratégica con enfoque participativo.
- Impulsar el contrato de personal especializado en salud mental para los establecimientos distritales. a partir de los requerimientos de la mesa de trabajo por la salud mental.
- Involucrar a la Municipalidad y otros actores sociales para realizar un trabajo interinstitucional e intersectorial al lado de un monitoreo concurrente de la estrategia.
- Fortalecer la educación para la salud mental mediante una coordinación estrecha con las instituciones educativas públicas y privadas de la comunidad a partir de un diagnóstico de la situación de salud distrital.
- Establecer mecanismos de formación de competencias en recursos humanos en prácticas gerenciales adecuadas para los coordinadores de la estrategia.
- Establecer un plan de capacitación continua al personal de salud en protocolos de atención clínica.

- Establecer un trabajo sinérgico en salud mental con las entidades de cooperación nacional e internacional tomando como eje el modelo comunitario.
- Promover la difusión de los objetivos de la estrategia ejecutando acciones de marketing social.
- Implementar la atención especializada en los establecimientos de salud distritales y en la comunidad.
- Implementar mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia oportuna.
- Plantear un programa para la atención de la violencia escolar.
- Fortalecer la formación y participación de agentes comunitarios y promotores de salud escolares.

CAPÍTULO V:
PROPUESTA: SALUD MENTAL Y VIDA

Se plantea la siguiente propuesta para mejorar el desarrollo de la estrategia, que se fundamenta en la normatividad vigente ,en las entrevistas a los operadores de la estrategia en los establecimientos de estudio y del focus group con representantes de actores sociales de la comunidad.

Los coordinadores de la estrategia sanitaria coinciden en señalar la necesidad de capacitar al personal y dotar de materiales e insumos en forma oportuna.

Los representantes de las organizaciones sociales de la comunidad proponen que es necesario un trabajo multidisciplinario e intersectorial, con el concurso de la Municipalidad, un trabajo coordinado con organizaciones sociales de base ,capacitación a docentes de las instituciones educativas públicas y privadas, capacitación al personal de salud para el manejo de sus emociones, formación de promotores de salud mental para articular y difundir actividades.

Las actividades que se desarrollan en la estrategia de salud mental a nivel distrital no están concebidas de manera sistémica de tal modo que los actores que participan no están debidamente articulados para lograr los objetivos, por lo que se plantea el siguiente plan.

5.1 Propuesta de un plan de fortalecimiento de la estrategia de salud mental en el distrito de Carmen de la Legua

5.1.1 Fundamentación

Los resultados de la evaluación de las actividades por la salud mental en el distrito evidencian:

- Nula o casi nula atención a personas con patología mental o conductual

- Falta de articulación en el trabajo de los establecimientos de salud y hospitales San José y Carrión del Callao.
- Falta de suficientes actividades de capacitación del potencial humano en temática de salud mental
- Escaso e inoportuno monitoreo y supervisión de la estrategia.
- Insuficientes actividades de promoción y prevención a nivel primario
- Escaso trabajo intersectorial con organizaciones e instituciones públicas distritales.
- Escaso financiamiento para el desarrollo de las actividades.
- Insuficiente compromiso ciudadano con la salud mental.
- Débil apoyo político por parte de la Municipalidad

La situación descrita requiere de un plan de fortalecimiento de la estrategia de salud mental en los distintos niveles de intervención: promoción, prevención, atención, rehabilitación.

El Plan de fortalecimiento de la estrategia de Salud mental que se propone se enmarca fundamentalmente en el enfoque comunitario con intervención en distintos niveles.

La comunidad debe encontrar en los establecimientos de salud distritales el primer punto de apoyo para atender los problemas emocionales, conductuales o mentales.

El modelo comunitario que se promueve pretende fortalecer e integra los cuidados de la salud mental a la atención integral de la salud.

El modelo propuesto favorece el trabajo conjunto de los recursos humanos asistenciales, líderes de organizaciones sociales, familia y todos los actores sociales de la comunidad.

5.1.2 Objetivo general

Fortalecer las acciones de la estrategia de salud mental de los establecimientos de salud distritales con un enfoque comunitario.

5.1.3 Líneas de intervención

- Implementación de una mesa de trabajo por la Salud Mental distrital
- Fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención
- Intervención oportuna en salud mental
- Capacitación de potencial humano
- Fortalecimiento de la gestión de la estrategia.

5.1.4 Líneas de intervención y actividades

Implementación de una mesa de trabajo por la Salud Mental distrital

5.1.5 Actividades

La mesa de trabajo por la Salud Mental distrital estará constituida por representantes de la Municipalidad, sector salud, secretarios generales de urbanizaciones y asentamientos humanos, representantes de entidades educativas, policía nacional, ministerio público, sociedad civil ,juntas vecinales, vasos de leche, comedores populares y otras organizaciones de la Comunidad. Los propósitos de la mesa son:

- Esbozar la situación de la salud mental en el Distrito
- Proponer acciones bajo la rectoría del sector salud desde una perspectiva comunitaria
- Apoyar el trabajo de los establecimientos distritales.
- Establecer alianza estratégicas a través de convenios nacionales e internacionales con universidades e instituciones privadas
- Coadyuvar a la implementación de un modelo de atención comunitaria de la salud mental
- Proponer la instalación de un centro de atención Integral de adicciones

- Instalar un sistema de vigilancia comunal a través de la sectorización y referencia comunal.
- Implementar Centros comunales de atención de salud mental (CCASME) en locales comunales o Municipalidad.

5.1.6 Responsabilidades de los integrantes de la mesa de trabajo por la salud mental

- **Municipalidad:** formalizar, articular y fortalecer el trabajo por la salud mental de los actores sociales otorgando sostenibilidad política mediante ordenanza municipal..
- **Nivel DIRESA Callao:** supervisar técnicamente , proporcionar oportunamente recursos humanos especializados y proveer medicamentos.
- **Nivel de establecimientos de salud:** los establecimientos de salud distritales coordinaran sus actividades en conjunto y fortalecerán actividades de promoción y prevención con enfoque integral.
- **Nivel organizaciones sociales de base:** participar a través de sus representantes en la vigilancia de la salud mental en la comunidad.

5.1.7 Fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención

- Campañas mensuales de salud integral con énfasis en salud mental.
- Atención a la violencia familiar con campañas psicoeducativas
- Atención prioritaria a población vulnerable :niños ,adolescentes, mujeres, ancianos.
- Desarrollar actividades de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones vulnerables.
- Actividades educativas en comedores populares sobre prevención de violencia familiar.
- Fomento y promoción de familia y viviendas saludables

- Promoción de empleos a través de ofertas laborales
- Fortalecimiento de habilidades sociales en niños y adolescentes mediante talleres .
- Sesiones educativas de sexualidad responsable para niños y familias

5.1.8 Intervención oportuna en salud mental

Actividades:

- Implementar atención psiquiátrica en los establecimientos de salud distritales
- Atención psicosocial en los Centros CCASME para todo grupo etario
- Promoción del aseguramiento universal SIS
- Tamizaje oportuno a todos los grupos etarios
- Fortalecer la comunicación social
- Ampliar la cobertura de atención con enfoque comunitario
- Fortalecer el sistema de referencia
- Implementar servicios de psicoterapia
- Atención integral a farmacodependientes
- Acceso a una atención oportuna a casos de trastornos afectivos, y problemas neuropsiquiátricos como demencia.

5.1.9 Capacitación del potencial humano

Actividades:

- Desarrollar talleres de formación y fortalecimiento de competencias del potencial humano de los establecimientos.
- Capacitación de promotores de salud adultos.
- Capacitación de promotores de salud escolar
- Capacitación a personal de salud entre médicos, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de salud.

- Capacitación a los gestores en herramientas de gerencia social

5.1.10 Fortalecimiento de la gestión de la estrategia

Actividades:

- Monitoreo mensual de acciones desarrolladas
- Evaluación semestral de acciones desarrolladas
- Implementación de acciones de investigación empírica.
- Evaluación gerencial de procesos y resultados.

Figura 1.

Propuesta de fortalecimiento de estrategia

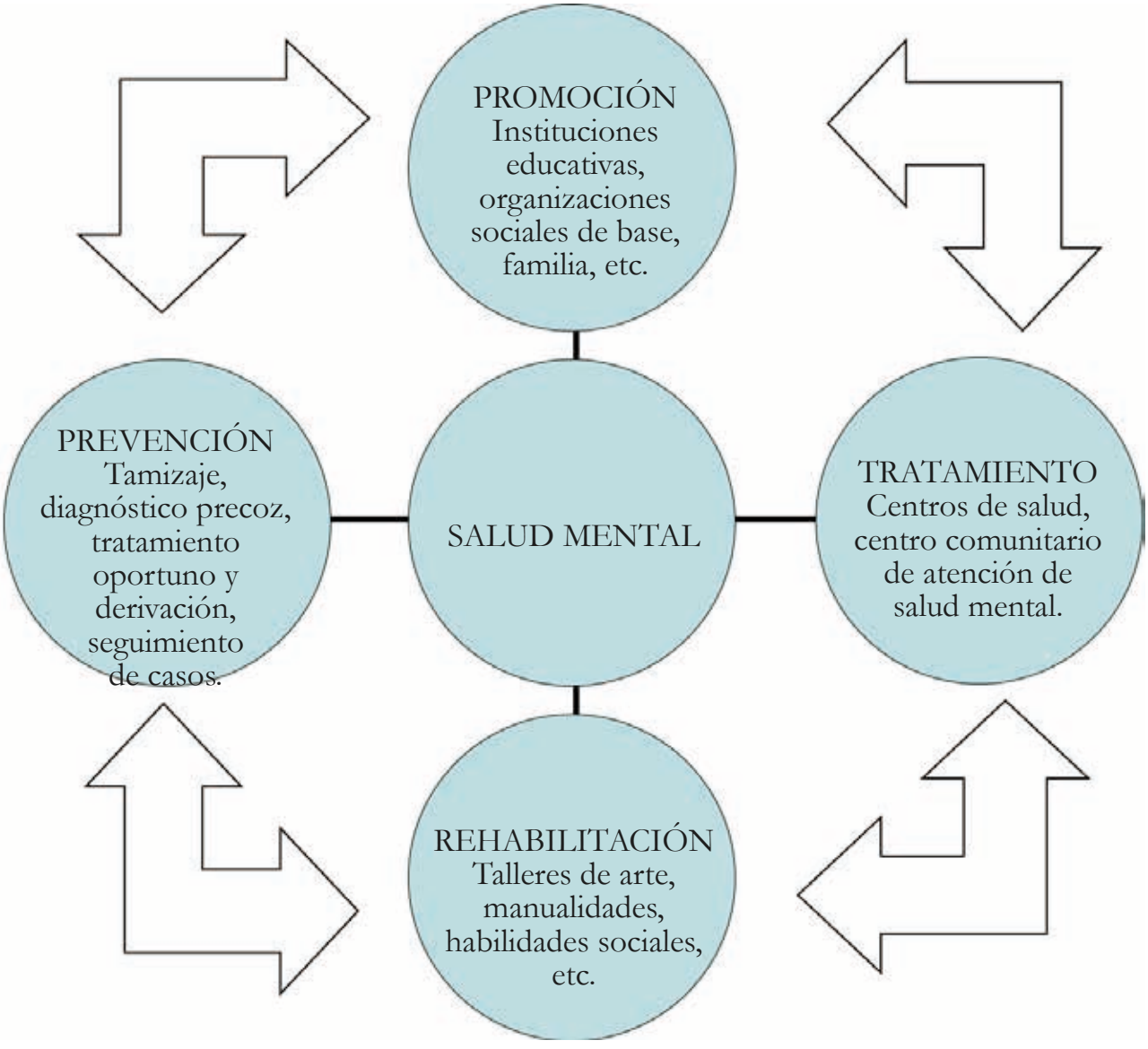


Figura 2.
Propuesta de sistema de atención

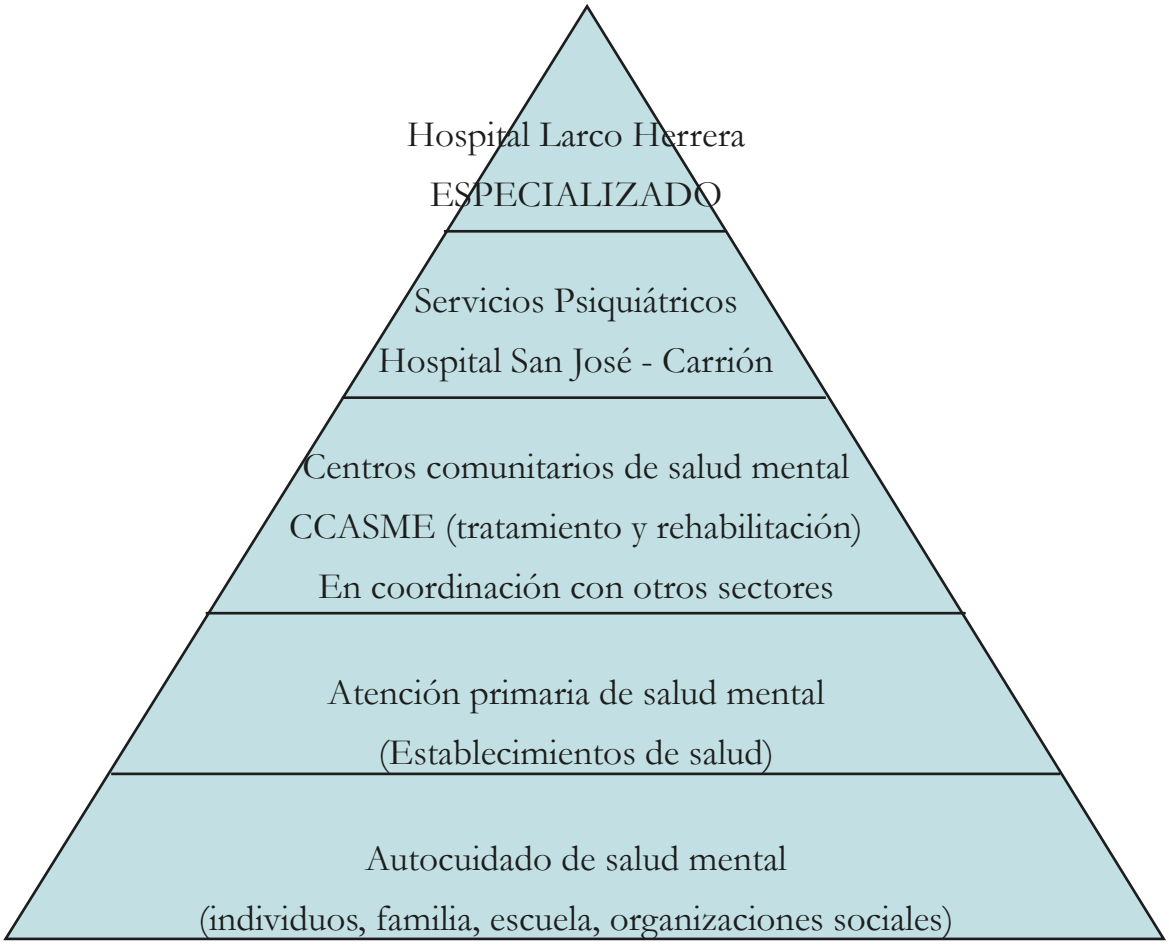


Tabla 15

Cronograma

	Línea de intervención	Responsable	Año 1			Año 2			Año 3		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Implementación de una Mesa de trabajo por la Salud Mental distrital	DIRESA, Callao	×								
2.	Fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención	CCASME Jefe de establecimientos de salud		×	×	×	×	×	×	×	×
3.	Intervención oportuna	Hospital Jefe de establecimientos de salud		×	×	×	×	×	×	×	×
4.	Capacitación de potencial humano	DIRESA, Callao	×			×			×		
5.	Fortalecimiento de la gestión de la estrategia	DIRESA, Callao	×			×			×		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, R. (2009). Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras. *Salus*, 13, 25 -38. https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939011005.pdf

Barranco, J. (2020). La gerencia social y su aporte al desarrollo social. *Consensus*, 4(2), 102 – 123. http://www.pragmatika.cl/review/index.php/consensus/article/view/61

Caballero – Domínguez, C. y Campos – Arias, A. (2020). Problemas de salud en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. https://doi.org/10.21676/2389783X.3467

Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B. y Jazanovich, D. (2020). "Nadie está preparado para escuchar lo que vi": atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *Salud Colectiva*, 16(e3035), 1-16. https://doi.org/10.18294/sc.2020.3035

Correa, S., Puerta, A. y Restrepo, B. (1997). *Introducción a la investigación evaluativa*. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior. ICFES, Bogotá. http://web.unap.edu.pe/web/sites/default/files/Investigacion%20evaluativa.pdf

DIRESA. (2010). *Asis 2010 de salud mental*. http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/callao/Callao2011.pdf

Esteban, M.M., Puerto, M. L., Fernández, X., Jiménez, R., Gil de Miguel, A. y Hernández, V. (2012). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229 – 240. https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005

Galiano, M., Prado, R. y Mustelier, R. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID – 19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(Supl. especial), 1-19. http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1342/681

García, D., Hernández – La linde, J., Espinosa – Castro, J. y Soler, M. J. (2020). Salud mental en la adolescencia montevideana. Una mirada desde el bienestar psicológico. *Archivos*

Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39(2), 182-190. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_2_2020/7_salud_mental.pdf

Garrido, O., Vargas, J., Garrido, G. y Amable, Z. (2015). Rol de la universidad en la promoción y autocuidado de salud. *Revista de Ciencias Médicas*, 19(5), 926 – 937. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61549

Gobierno Regional del Callao. (2008). *Plan Regional por la Niñez y Adolescencia de la región Callao*, 2008 – 2011. Gobierno Regional del Callao.

González, O., Batista, A., Hernández, L. y Rojas, N. (2017). La promoción de salud desde el enfoque de gestión de la calidad en la Universidad de La Habana. *Gaceta Médica Espiritual*, 19(1), 1-10. http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1375

Instituto Nacional de Salud Mental. (2007). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 23(1 y 2). Lima. http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2006-ASM-EESM-CP/files/res/downloads/book.pdf

Jané – Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67 -77. http://scielo.isciii.es/scielo

Kliksberg, B. (1999). Hacia una gerencia social eficiente: algunas cuestiones clave. R*evista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 44(175), 15-29. https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.1999.175.49109

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo – Anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana Salud Pública*, 18(4/5), 229 -240. https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es/

Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud en Chile: 10 años de experiencia.

Revista Panamericana Salud Pública, 18(4/5), 346 – 358. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v18n4-5/28097.pdf

MINSA, (2020). *Plan de Salud Mental Perú*, 2020 – 2021 (en el contexto COVID – 19). Lima. MINSA. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf

MINSA. (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Ministerio de Salud.

Mokate, K. y Saavedra, J. (2006). Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas. *Documentos de trabajo del Indes*. Banco Interamericano de Desarrollo. https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Gerencia-Social-Un-Enfoque-Integral-para-la-Gesti%C3%B3n-de-Pol%C3%ADticas-y-Programas.pdf

Muñoz, M. y Cabiases, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Revista Panamericana Salud Pública*, 24(2), 139 – 146. https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n2/139-146

Navarro, A. (1997). La gerencia social y el nuevo paradigma de gerencia. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, (7), 1-24. file:///C:/Users/BILLY/Downloads/133-146-1-PB%20(1).pdf

Observatorio Peruano de Drogas – DEVIDA. (2009). I*nformación Estadística sobre Drogas en el Perú*. Lima, Perú.

OMS. (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos * Evidencia Emergente*Práctica*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Posada, J. (2013). Editorial. La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 1-3. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001

Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista Psiquiátrica del Uruguay*, 71(2), 117 -127. http://spu.org.uy/revista/dic2007/04_asm.pdf

Rojas – Bernal, L. A., Castaño – Pérez, G. y Restrepo – Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev. CES Med*, 32(2), 129 – 140. http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf

Rondón, M. (2006). Salud mental. Un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 237 -238.

Sánchez, M., Cabra, Z. y Silva, J. (2021). *Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de salud mental 2018*. [trabajo de grado, Universidad CES, Medellín, Colombia]. Repositorio Institucional. http://hdl.handle.net/10946/5192

Scharager, J. y Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema de salud público en Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22(3), 49 – 59. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7787/a01v22n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Toribio, L. (2017). *Factores Protectores de la Salud Mental Positiva en Adolescentes*. [tesis doctoral, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio Institucional. http://ri.uaemex.mx/bitstream/20.500.11799/68662/1/tesis%20DCS%20Toribio.pdf

Vásquez, J. (2020). Gerencia social y el nuevo paradigma universitario en la sociedad del conocimiento. *Gerentia*, (1), 244 – 259. file:///C:/Users/BILLY/Downloads/65-Article%20Text-236-1-10-20200724.pdf

Vílchez – Cornejo, J., Quiñones – Laveriano, D., Failoc – Rojas, V., Acevedo – Villar, T., Larico – Calla, G., Mucching – Toscano, S., Torres – Román, J., Aquino – Núñez, P., Córdoba – De la Cruz, J., Huerta – Rosario, A., Espinoza – Amaya, J., Palacios – Vargas, L. y Díaz – Vélez, C. (2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista chilena de neuro – psiquiatría*, 54(4), 272 – 281. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000400002

Virto – Concha, C., Virto – Farfán, C., Cornejo – Calderón, A., Loayza – Bairo, W., Álvarez – Arce, B., Gallegos – Laguna, Y. y Triveño – Huamán, J. (2020). Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con covid-19 Cusco Perú. *Revista Científica de Enfermería*, 9(3), 50 – 60. https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/44



EDITORIAL
NAVEGANTE