



XIV BECAS ANPIR 2018-2019 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS



MEMORIA DE ROTACIÓN EN ÁREA INFANTO JUVENIL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO- HIDEYO NOGUCHI

(abril- junio de 2019, Lima, Perú)



María Calderón Mediavilla
Psicóloga Interna Residente de tercer año
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Barcelona

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. SALUD MENTAL EN PERÚ.....	6
3. SISTEMAS DE FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PERUANO Y ESPAÑOL: DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS.....	9
4. CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DESTINO.....	10
▪ Introducción sobre el INSM “HD-HN”.....	10
▪ Organigrama estructural.....	11
▪ Espacio físico.....	12
▪ Cartera de servicios.....	13
▪ Población atendida.....	14
▪ Análisis de los problemas de salud.....	15
5. ACTIVIDADES REALIZADAS.....	16
▪ Actividades asistenciales.....	16
▪ Actividades de docencia.....	21
▪ Cronograma.....	23
6. APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO.....	24
7. VALORACIÓN PERSONAL.....	25
8. AGRADECIMIENTOS.....	27
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA EN CASTELLANO.....	30
11. DATOS DE CONTACTO DEL CENTRO DE DESTINO.....	31

1. INTRODUCCIÓN

En esta memoria presentaré la que ha sido mi rotación externa, realizada en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM “HD-HN”), en Lima, Perú. Concretamente la he llevado a cabo en el área de infanto-juvenil. Ha tenido una duración de tres meses, comprendidos entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2019.

El programa formativo de la especialidad de psicología clínica, incluye la posibilidad de realizar estancias en instituciones diferentes a la Unidad docente de pertenencia (Boletín Oficial del Estado, 2009), y más concretamente, existe la conocida como rotación libre o externa, una oportunidad para realizar estancias en centros extranjeros, con el fin de que la persona en formación pueda incidir en algún área de su interés, que mejore así la calidad de la formación recibida en su institución de pertenencia. Esta era mi pretensión, por la cual decidí aprovechar esta oportunidad de formación en el INSM “HD-HN”, en particular en el área de infanto-juvenil.

Desde hace años, se ha venido reivindicando en nuestro país, la necesidad de establecer una especialidad propia para el ámbito de la atención a la población infantil y adolescente (Tizón, 1996). Sin embargo, es algo que aún no se ha materializado, por lo que actualmente la formación en este ámbito queda reducida a varios meses dentro de los cuatro años que dura el programa formativo de la especialidad de psicología clínica.

Es por ello que creí necesario poder ampliar este periodo, y, así poder mejorar mi formación, no sólo por la dedicación de más horas, sino también por la oportunidad de participar en servicios y actividades que hasta la fecha no me ha sido posible, como es el caso de ciertas unidades especializadas presentes en este hospital peruano.

La distribución de mi rotación por dichos servicios la he podido seleccionar según mis intereses, de forma conjunta con el director del área de niños y adolescentes, quien ha mostrado flexibilidad para ello (la distribución concreta se puede ver en el apartado de “Cronograma”), aspecto este muy importante, pues me ha permitido crear una estancia que ha podido cubrir muchas de mis inquietudes de formación.

Algunos de los objetivos que me planteaba para esta rotación eran: observar la influencia de la cultura y la sociedad en los procesos psicopatológicos, aumentar conocimientos y habilidades en grupos multifamiliares, sobre todo con presencia de niño/as y adolescentes, y conocer el trabajo en una unidad específica de abuso sexual.

En primer lugar, el poder llevarlo a cabo en un entorno socio-cultural diferente, como es el latinoamericano, me ha permitido observar la influencia que la cultura y la sociedad tiene en los procesos psicopatológicos, así como peculiaridades a tener en cuenta en los tratamientos. Son varios los autores que han tildado a los estudios de salud mental de etnocentristas, pues la gran mayoría emplean los estándares de la cultura occidental y se utilizan de forma universal. Sin ir más lejos, es lo que ocurre con las clasificaciones diagnósticas, CIE y DSM (Contini de González, 2003). Sin embargo, es claro, que como señala Draguns (1980) “no se han encontrado trastornos que sean inmunes al modelado cultural”. Esta rotación, me ha permitido observar muchos de estos aspectos estudiados por la psicología transcultural, y la necesidad de asumir una posición de mayor neutralidad evitando juicios provenientes de la diferencia cultural.

En lo que respecta a los grupos multifamiliares. En el INSM “HD-HN” son diversas las unidades donde tienen implementado este método de trabajo, y en las que he podido participar. Recurso innovador, que cada vez con más asiduidad se está implementando en las distintas unidades de atención infanto-juvenil (Sempere, Rodado y Fuenzalida, 2011). Actualmente hay muchos enfoques dentro de este tipo de terapia, incluso han recibido diversos nombres. Laqueur, quien es reconocido como el fundador del modelo multifamiliar, refiere que en el intercambio que se produce entre las distintas familias participantes se dan fenómenos que promueven cambios, mejorando la comunicación de las familias, aportando diferentes perspectivas, normalizando diversas experiencias, fomentando el apoyo mutuo, permitiendo nuevas formas de comprender la realidad y la promoción de nuevos insights acerca de sus propias relaciones a través de la identificación con patrones familiares similares en otras familias presentes (Sempere, 2015).

En el Instituto Honorio Delgado, se basan en el modelo de Terapia Interfamiliar propuesto por el grupo de Elche, quienes crean un enfoque donde integran, sobre todo, aspectos del modelo dinámico y sistémico (Sempere y Fuenzalida, 2017). Lo

denominan terapia Interfamiliar, porque entienden que “lo trascendente en este modelo no es tanto la participación simultánea de un número de familias (multi) como la interacción y elaboración común entre ellas (inter)” (Sempere, 2012). Es aplicable en el abordaje de cualquier problemática humana. Desde este enfoque se entiende la enfermedad mental como una patología vincular (Sempere, 2012).

En lo que respecta a las unidades específicas presentes en este hospital, una de las que más interés me despertaba era la de abuso sexual, con más de 23 años de recorrido, que es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, donde el tratamiento principal se lleva a cabo de forma grupal, tanto a padres/madres como a niños/as y adolescentes.

Es difícil conocer datos epidemiológicos sobre esta problemática, más en población infantil, pues en muchos casos es aun invisibilizado. Sin embargo, es claro que es un gran problema a nivel internacional. Algunos autores hablan de una prevalencia internacional, entorno al 8-31% en chicas y 3-17% en chicos (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013). Las consecuencias a largo plazo son inciertas. Como señalan Echeburúa y De Corral (2006): “el impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso”. Sin embargo, es claro que en muchos de los casos repercuten negativamente en el estado psicológico de la víctima, interfiriendo en muchas áreas de su vida (Pereda, 2009). Ha sido relacionado con mayores tasas de depresión, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, problemas externalizantes, problemas interpersonales, dificultades socioeconómicas, problemas en la conducta sexual y revictimización sexual (Liotta, Springer, Misurell, BlockLerner, & Brandwein, 2015). Por ello, es importante disponer de servicios que cuenten con tratamientos adecuados para esta población.

Sobre el trabajo psicológico grupal en casos de abuso sexual infantil hay diversas publicaciones que prueban su eficacia (Liotta, et al., 2015). También el trabajo con los familiares ha funcionado desde abordajes grupales (Vallejo y Córdoba, 2012), con quien es imprescindible trabajar, sobre todo en casos de abusos a niños/as (Echeburúa

y Guerricaechevarría, 2011). Entre las ventajas del enfoque grupal en estos casos está: permite aminorar la estigmatización, mejora las relaciones interpersonales; disminuyendo el aislamiento social, proporciona un ambiente protegido para explorar el evento traumático y permite aumentar la cobertura y aminorar costos (Liotta, et al., 2015; Vallejo y Córdoba, 2012).

Sobre los modelos teóricos imperantes en el INSM “HD-HN”, se trabaja, sobre todo, con el sistémico y el cognitivo- conductual. En este sentido es el modelo sistémico, al cual estoy dedicando más esfuerzos de formación, el que más interés me despertaba. Este modelo, ha realizado grandes aportaciones a la psicoterapia, entre ellas el cuestionamiento de los modelos lineales, poniendo el énfasis en el “ser en relación” (sobre todo las familiares, pero no sólo, pues también atiende al entorno sociocultural) (Linares, 2012; Minuchin, 1984; Selvini, 1990).

A continuación, en esta memoria, se presenta la organización de la sanidad, sobre todo en los que respecta a salud mental, en Perú, para posteriormente describir el funcionamiento del centro de destino, las actividades realizadas durante la rotación, la aplicabilidad en nuestro contexto y finalizar con una valoración personal.

2. SALUD MENTAL EN PERÚ

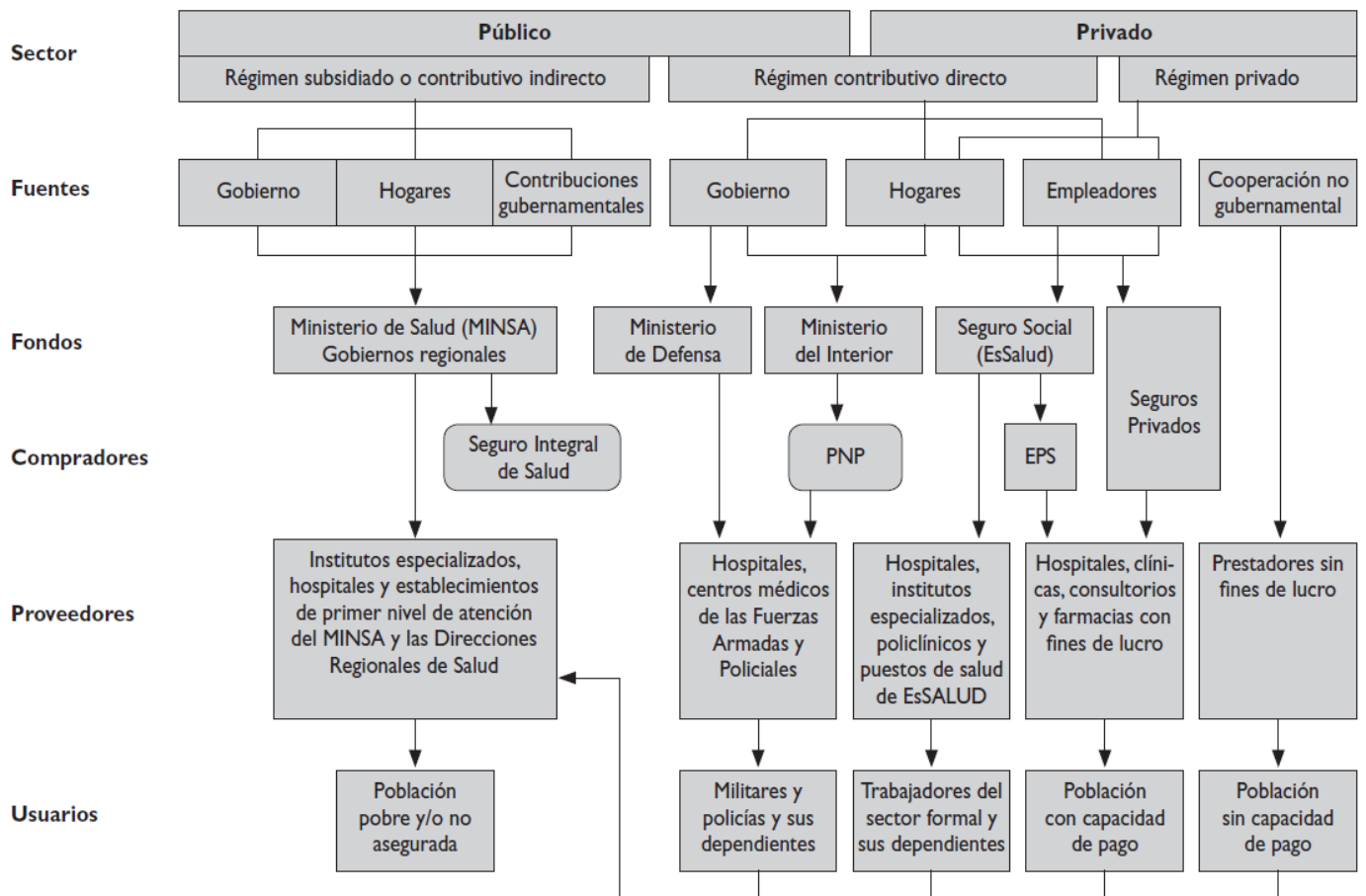
Me interesa, en primer lugar, presentar a grandes rasgos como está organizado el sistema de salud en Perú, para después centrarme en lo que concierne a la salud mental.

El sistema sanitario de Perú es complejo, destaca por su segmentación. Existen dos subsistemas, el público y el privado. El Ministerio de Salud (MINSA), en su rol de autoridad sanitaria nacional, gobierna el sistema. La segmentación del sistema se hace explícita en los regímenes de financiación.

Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP) (Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao, 2016).

A continuación, incluyo un esquema para facilitar la comprensión.



PNP: Policía Nacional del Perú
EPS: Entidades Prestadoras de Salud

Fuente: Lazo-Gonzales, O. Sistema de salud del Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia (sf).

Hasta el año 2007, en Perú, el 57,7% de la población no tenía cobertura de salud por ningún tipo de seguro de salud, siendo la seguridad social (EsSalud) y el Seguro Integral de Salud (SIS) los principales aseguradores, con más de 40% de la población afiliada.

Una de las causas de la baja cobertura en el Perú, es la desigualdad socio-laboral, que limita el acceso a la seguridad social (Solís, et, al. 2009).

Ahora en lo que respecta a la salud mental. Al igual que lo que ocurre con la salud en general, el acceso a la red es limitado, siendo esta área una de las más desatendidas. Se estima que una de cada cinco personas tiene síntomas de algún trastorno mental significativo cada año, y de ellas sólo la quinta parte accede al sistema de servicios de salud (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

En 2011, solo el 0,27% del presupuesto destinado a salud fue asignado a salud mental (Miranda, et al. 2017), y no es hasta 2013 que se incluye la atención de salud mental al modelo de Aseguramiento Universal en Salud, cuando el Seguro Integral de Salud (SIS) aprueba la cobertura financiera de las consultas psiquiátricas (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

Sobre el tipo de atención, hasta ahora, ha sido centralizada en el nivel de atención terciaria, de hecho, la disponibilidad de atención se reducía a tres hospitales psiquiátricos en la ciudad de Lima, entre ellos el INSM “HD-HN”, con nula red comunitaria. Lo cual, entre otras implicaciones reduce la accesibilidad de las personas usuarias. Resultados de estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Peruano revelan la magnitud del problema, mostrando que entre el 69-85% con necesidad de atención, no la buscaron. Las principales razones expresadas para no buscar atención fueron la falta de recursos financieros y de información sobre dónde buscar dicha atención (Toyama, et al., 2017).

Como se ha señalado con anterioridad, es en 2013 cuando se dan cambios importantes, pues se comienza a realizar una reforma del sistema sanitario en salud mental, que busca mejorar la calidad y la accesibilidad. Esta reforma ya se comienza a gestar con anterioridad, siendo un gran hito la aprobación en 2012 de la Ley 29889, titulada “[...] Ley General de Salud, que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental”, la cual garantiza explícitamente la disponibilidad de servicios de salud mental en todo el país, el acceso gratuito y universal al tratamiento de los trastornos mentales, y la protección social para pacientes con trastornos mentales sin apoyo social (Miranda, et al., 2017). El objetivo final de la Ley 29889 era

transformar la prestación de servicios de salud mental en un modelo de atención médica basado en la comunidad.

En la actualidad, esto se está materializando a través de la creación de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), dispositivos de atención especializada interdisciplinaria en salud mental que se ubican en entornos locales de aproximadamente 100 mil personas, se integran a las redes de servicios de salud de la zona e involucran a la comunidad (Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas, 2019).

En 2015 fueron implementados los 22 primeros, en Lima y seis regiones del Perú, y para 2021 se espera que 312 CSMC sean ya completamente funcionales (Miranda, et al., 2017).

Por lo tanto, se puede ver como la salud mental en Perú está atravesando un momento de profundo cambio, intentando dejar atrás los modelos psiquiátricos, abogando por una mirada hacia la comunidad.

3. SISTEMAS DE FORMACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PERUANO Y ESPAÑOL: DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS

Los caminos para poder ejercer como psicóloga en estos dos países son bastante diferentes, tanto en la propia carrera de psicología, como en los requisitos para poder realizar labores clínicas, tanto en la sanidad pública como privada. Por un lado, en Perú, actualmente, para obtener el título profesional o licenciatura en psicología hay que hacer una carrera de seis años de duración, de los cuales el último está orientado a la realización de las prácticas pre-profesionales en el área que el estudiante haya elegido (clínica, comunitaria, organizacional o educativa). En este caso sería la clínica, por lo que el último año dedicaría un mínimo de 30 horas a la semana a la práctica clínica fuera de la institución universitaria, generalmente en algún hospital.

Concluidos los seis años, los estudiantes reciben el grado académico de Bachiller. Para la obtención del título profesional de psicólogo se suelen utilizar algunas alternativas a elegir por el graduado: la presentación de una tesis de investigación, un examen de

suficiencia profesional o la presentación de tres informes psicológicos, los mismos que suelen comprender el área de interés profesional del graduado (Zanabria, 2015).

El ejercicio profesional de la Psicología en el Perú está amparado por la ley 23.019 (Ley de creación del Colegio de Psicólogos) aprobada en 1980, y permite a los profesionales psicólogos realizar actividades de su competencia profesional en las diversas áreas de su especialidad (Zanabria, 2015).

En España, la carrera universitaria para obtener el título de graduado en psicología consta de 4 cursos académicos, tras lo cual, para poder ejercer en el ámbito clínico en la sanidad pública es condición indispensable la realización de un examen de oposición y obtener una plaza para ser Psicólogo/a Interno/a Residente (PIR). Es en el BOE número 146, del 17 de junio de 2009, donde se publica el actual programa formativo de la especialidad de psicología clínica, aumentando en un año la residencia, pasando así a cuatro los años de formación para obtener el título de especialista en psicología clínica, tras los cuales ya se está en disposición de ejercer en la sanidad pública y también privada.

4. CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DESTINO

▪ Introducción sobre el INSM “HD-HN”

El 20 de mayo de 1980 se suscribió un Convenio de Cooperación entre los gobiernos de Perú y Japón, a través de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). El Convenio establecía los principios generales para el desarrollo de un Centro de Salud Mental Comunitario.

El INSM “HD-HN”, fue inaugurado en 1982. Es una entidad pública especializada en Salud Mental. Se centra en dos aspectos, el desarrollo de investigación científica e innovación, y la asistencia altamente especializada.

En relación a su primer objetivo, de investigación, viene realizando diversos estudios epidemiológicos, encargados por el ministerio de sanidad de Perú, que proporcionan datos actualizados sobre la prevalencia de diversos trastornos, así como información relacionada al uso de servicios, pobreza, satisfacción personal y laboral, calidad de

vida, factores de riesgo y factores protectores, etc. Datos que contribuyen al conocimiento del estado de la salud mental en la población y facilita a las autoridades la toma de decisiones.

Se trata de un centro referente a nivel nacional, tanto a nivel clínico, docente e investigador.

▪ ***Organigrama estructural***

El INSM “HD-HN”, está formado por cinco direcciones:

- Dirección ejecutiva de investigación, docencia y Atención Especializada de niñas/os y adolescentes.
- Dirección ejecutiva de investigación, docencia y Atención Especializada de adultos y adultos mayores.
- Dirección ejecutiva de investigación, docencia y Atención Especializada de adicciones.
- Dirección ejecutiva de investigación, docencia y Atención Especializada de salud colectiva.
- Dirección ejecutiva de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

La primera de ellas, la Dirección ejecutiva de investigación, docencia y Atención Especializada de niñas/os y adolescentes (DEIDAE de niñas/os y adolescentes), que aquí más nos incumbe, se divide a su vez en tres departamentos: el de investigación, docencia y Atención Especializada de desarrollo infantil, de trastornos mentales en niñas/os y adolescentes y de problemas psicosociales de familia.

Cuenta con atención interdisciplinar a tres niveles: consulta externa (con programas especializados en Trastornos de la conducta Alimentaria (TCA), abusos sexuales, T. de ansiedad, depresión y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)), y hospitalización breve y parcial. En todos ellos destaca el trabajo a partir de terapia sistémica y cognitivo- conductual.

▪ *Espacio físico*

El instituto cuenta con un cerco que bordea el perimétrico, a excepción en la colindancia con el Hospital Nacional Cayetano Heredia. El ingreso principal es por el Jr. Eloy Espinoza, una avenida poco transitada y muy amplia de fácil acceso.

La edificación está distribuida bajo tipología de pabellones, siendo la altura máxima de 2 pisos, creando así espacios de áreas libres los cuales son utilizados como áreas de ocio y jardines.

Para identificación de los bloques han sido organizados por zonas (denominadas por letras del alfabeto). Así tenemos:

1) ZONA A (Edificio central):

- Bloque frontal: Farmacia, Módulo de Intervención Breve, consultorios externos de psiquiatría para niñas/os y adolescentes, psicología para niñas/os y adolescentes, data center, oficinas administrativas y residencia médica.
- Bloque posterior: Laboratorio, consultorios externos de psiquiatría para adultos, psicología para adultos, neurología y oficinas administrativas.

2) ZONA B:

- Bloque frontal: Emergencias.
- Bloque posterior: Clínica de día entrenamiento terapéutico grupal (ETG) y hospitalización parcial de adolescentes.
- Módulo Prefabricado de Almacén De Farmacia
- Módulos exteriores: Vigilancia, Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Desastres y Centro de Operaciones de Emergencia.

3) ZONA C:

- Bloque frontal: Hospitalización de niñas/os y adolescentes
- Bloque posterior: Hospitalización de adultos.

4) ZONA D: Rehabilitación

5) ZONA E: Auditorio

6) ZONA F: Comedor

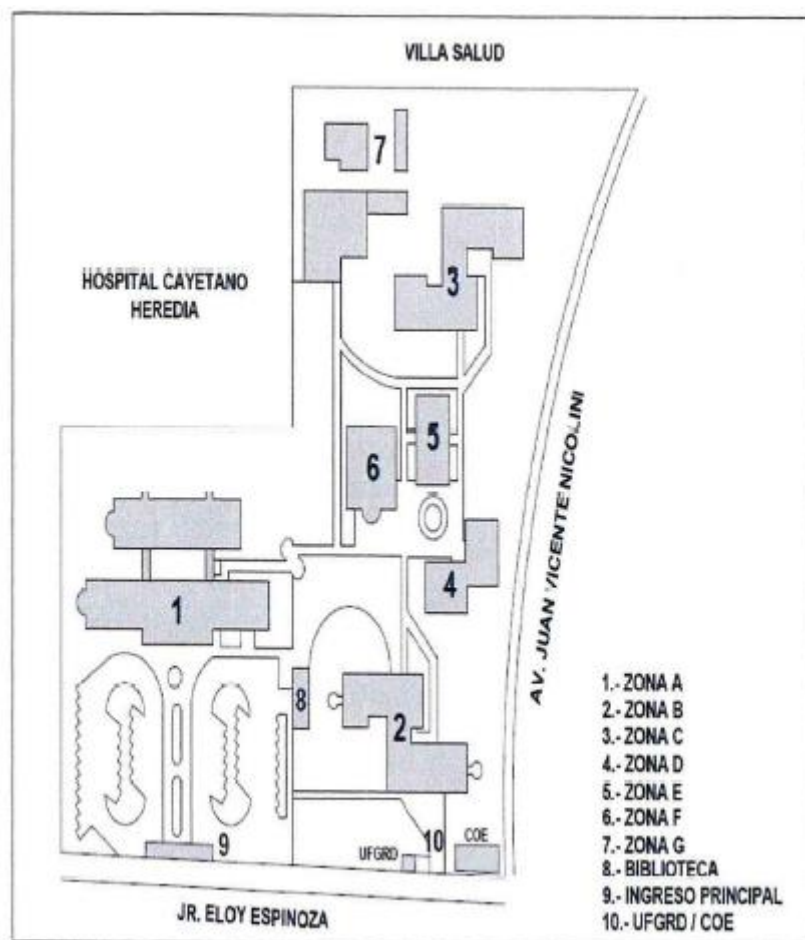
7) ZONA G: - Bloque frontal: Oficinas de servicios generales, cocina y lavandería.

8) Pabellón de biblioteca: Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, DEIDAE de Salud Colectiva y biblioteca del INSM "HD - HN".

9) Módulos en ingreso principal: Oficina de seguridad, trámite documentario, oficina de bienestar de personal y oficina de calidad.

10) Módulos del Coe: Unidad funcional de gestión del riesgo de desastres, centro de operaciones de emergencia, vigilancia.

A continuación, se muestra un croquis de distribución del Instituto "HD - HN", en donde se señalan las zonas mencionadas.



▪ ***Cartera de servicios***

El Instituto pone a disposición de los usuarios la siguiente cartera de servicios:

- Investigación: Asesoría de las investigaciones en salud mental y publicación de estudios epidemiológicos.

- Docencia: Cursos de pre y post grado, capacitación en servicio, pasantías y prácticas pre profesionales, biblioteca física y virtual especializada.
- Servicios Asistenciales de Consulta Externa para Niñas/os y Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores, con problemáticas de salud mental y adicciones.
- Servicios Asistenciales de la Dirección de Salud Colectiva: Intervención cognitivo conductual, terapia familiar, visita domiciliaria, psicoeducación familiar. Fortalecimiento de Redes de Salud: acompañamiento clínico, psicosocial y de gestión.
- Servicios Asistenciales de Hospitalización, total y parcial, para adolescentes, adultos y adultos mayores.
- Terapias Grupales de Rehabilitación: Actividades desarrolladas en conjunto con personal de salud, familiares, usuarios y comunidad. Organizadas y planificadas con base en evidencia científica dirigidas al desarrollo de la máxima capacidad posible de habilidades y destrezas en las personas con trastornos mentales para mejorar su calidad de vida y lograr su reinserción y máximo nivel de funcionamiento socio-laboral posible.
- UDIB (Unidad de Diagnóstico e Intervenciones Breves): consulta y evaluación en salud mental, consejería de enfermería, psicoterapia individual y terapia familiar.
- Servicio de Emergencia Psiquiátrica: Las 24 horas del día (conductas agresivas, intento de suicidio, síntoma de psicosis aguda, ansiedad, consumo incontrolable de alcohol y otras drogas).
- Servicio de Apoyo al Diagnóstico: Laboratorio clínico, medicina interna y neurología.
- Otros servicios: certificación de salud mental para usuarias/os mayores de 60 años por trámite notarial.

▪ ***Población atendida***

El INSM “HD-HN” como órgano desconcentrado del MINSA (Ministerio de Salud), no tiene población asignada y su influencia es de alcance nacional. La población que accede al INSM “HD-HN” procede principalmente del Cono Norte de Lima, es el sector septentrional del área urbana de Lima Metropolitana y está comprendida por 8

distritos; Ancón, Carabaylo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Martín de Porres y Santa Rosa. Esta área tiene 2.640.073 habitantes.

Se presentan a continuación algunos datos estadísticos, sobre el sexo y edad, de la población atendida en la DEIDAE de niños y adolescentes en el año 2018.

- En consultas externas: El 64,7% de atendidas/os fueron hombres y el 35,3% mujeres. El mayor porcentaje de atenciones se dieron a personas con edades de 12 a 17 años (54,8%), seguido de los de 6 a 11 años de edad (31,5%).
- En hospitalización total: Decir, en primer lugar, que actualmente se cuentan con 12 camas, y el tiempo de estancia máxima postulado es de 65 días. El mayor porcentaje de ingresos en el año 2018 fueron de adolescentes de 12 a 17 años 98,8%. La mayor cantidad de hospitalizadas fueron mujeres 89,2%, mientras que los hombres representaron el 10,8%.

Fuente: Base de datos de la Oficina de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

▪ **Análisis de los problemas de salud**

Para tener una idea de las distintas problemáticas de las personas atendidas en la DEIDAE de niñas/os y adolescentes, se presentan los datos registrados en el año 2018, tanto en consultorios externos como en emergencias. El análisis de la morbilidad se realiza tomando en cuenta la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

- En consulta externa:

Primera infancia, de 0 a 5 años: El diagnóstico más frecuente es de trastornos generalizados del desarrollo 38%, seguido de los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje 9,6%, y trastornos hipercinéticos 9,6%.

Niñez, de 6 a 11 años: De nuevo, el diagnóstico más frecuente es el de los trastornos generalizados del desarrollo 19,5%, seguido de los trastornos hipercinéticos 17,8%, retraso mental leve 11,7%, y trastornos mixtos de la conducta y de las emociones 8,1%.

Adolescencia, de 12 a 17 años: En esta edad, el más frecuente es el episodio depresivo 17,1%, seguido de trastornos mixtos de la conducta y de las emociones 7,2% y trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides 6,6%.

- En emergencias:

Primera infancia, de 0 a 5 años: la primera causa de morbilidad son los trastornos de la conducta 40%.

Niñez, de 6 a 11 años: En este periodo es el episodio depresivo 21,5%, seguido de los trastornos de la conducta 14%, y de los trastornos generalizados del desarrollo 7,6%.

Adolescencia, de 12 a 17 años: La primera causa es el episodio depresivo 26,8%, en segundo lugar, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides 6,7% y en tercer lugar la esquizofrenia 6,2%.

Fuente: Base de datos de la Oficina de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS

Como ya he señalado, mi rotación tuvo lugar entre los meses de abril a junio, ambos inclusive. El horario laboral era de 8 a 15h. Dentro de este pude integrar actividades prácticas y teóricas.

▪ Actividades asistenciales

Mi rotación por el Instituto Nacional Honorio Delgado tenía la pretensión de poder aumentar y mejorar mi formación en el área infanto-juvenil. Puesto que allí no existe la figura de psicóloga/o residente, y por tanto no tienen itinerarios marcados para la realización de las rotaciones, me dieron la oportunidad de ser yo quien diseñase los dispositivos a los que deseaba acudir. Por tanto, el modo en cómo organicé los tres meses fueron:

Mes y medio en Hospital de día de adolescentes, de lunes a miércoles, jueves en programa de abuso sexual y viernes en consultas externas generales, donde acudía al grupo interfamiliar y realizaba visitas de tratamiento individual. Y el otro mes y medio acudía de lunes a miércoles a hospitalización total de niños/as y adolescentes, y

continuaba acudiendo los jueves al programa de abuso sexual y los viernes a consultas externas generales, al grupo interfamiliar y las visitas de tratamiento individual.

En estos lugares realizaba labores clínicas asistenciales, incluyéndome en el equipo como una trabajadora más, realizando:

- Valoraciones iniciales.
- Evaluaciones.
- Seguimientos individuales.
- Visitas familiares.
- Coterapia en diversas actividades grupales: grupos Interfamiliares, asambleas comunitarias, grupo de personas víctimas de abuso sexual y familiares, etc.

Aunque con una carga de trabajo menor que me permitía también acudir a sesiones con otras profesionales desde el rol de observadora. También tenía la oportunidad de ir supervisando tanto casos, como grupos. Esto último se hacía de forma rutinaria con todo el equipo.

Como es lógico, también acudía a las diversas reuniones de equipo, en las que se comentaban casos y temas de organización.

Para más detalle iré describiendo como se organizaba la jornada laboral en cada uno de los dispositivos.

- **Hospital de día:**

En primer lugar, señalar que es un servicio de reciente creación, muy impulsado por la nueva reforma de salud (comentada en el apartado “Salud Mental en Perú”), que nace, entre otras cosas, con la intención de reducir las hospitalizaciones y la duración de estas.

Como ya he indicado, a este dispositivo acudía de lunes a viernes. Comenzando la jornada a las 8 de la mañana, siempre con una *reunión de equipo*, de una hora de duración, donde el objetivo principal era hablar sobre la situación de cada una/o de las/los pacientes y su participación en el dispositivo el día previo. También se dedicaba a temas organizativos y revisión del funcionamiento del equipo. Al tratarse de un dispositivo nuevo, he podido vivenciar el repensar continuo que esto supone, estando todo en constante evolución y cambio a través de lo que se va experimentando y

pensando en el día a día. Las reuniones de equipo, por tanto, cobraban un papel aún más importante.

Aparte de esta reunión diaria había una reunión semanal, de una hora de duración, donde se realizaba el *Programa de Tratamiento Individualizado (PTI)* de las/os pacientes. Se trabaja con dos en cada reunión. Asistía todo el equipo, y cada profesional proponía cual era el trabajo que proponía desde su campo, al tiempo que se iba valorando la consecución de los objetivos propuestos en anteriores reuniones.

Las/os usuarias/os (estaban divididos en dos grupos, acudiendo distintos días de la semana, salvo el lunes que acudían todas/os), llegaban a las 9h, y ahí comenzaban las labores asistenciales, hasta la 13h. Estas consistían en:

- El *grupo interfamiliar*, donde siempre el psicólogo adjunto era el conductor. El papel de coterapeuta era rotativo semanalmente, por lo que en algunos grupos lo he podido asumir yo. Tras el grupo siempre se realizaba una supervisión donde participaba todo el equipo.
- *Visitas individuales y familiares*. Se realizaban todos los días durante varias horas, en los espacios donde no había trabajo grupal. Cada profesional se administraba su agenda según el número de usuarias/os que llevase. En mi caso, además de dedicarlo a mi agenda, podía acudir como observadora a las visitas de otros profesionales.
- *Asambleas comunitarias*. Se realizaban dos semanales, una por cada grupo. En ellas se trataban diversas cuestiones referentes al funcionamiento del dispositivo, así como a situaciones que se fueran dando en el día a día. Los temas eran propuestos inicialmente, tanto por las/os adolescentes como por el equipo. Era dirigida cada día por un miembro diferente del equipo, por lo que también en algunos casos lo he podido asumir yo.
- *Terapia grupal*. También tenía lugar dos días por semana, con cada uno de los grupos de adolescentes. Era llevada a cabo por el psicólogo adjunto, y yo participaba como coterapeuta. Eran sesiones estructuradas, con una orientación cognitivo-conductual.

Aparte de las mencionadas, las/os adolescentes también realizaban otras actividades grupales con personal de terapia ocupacional, enfermería, técnicas de enfermería, y la maestra, como eran: actividades de la vida diaria, deporte, actividades académicas, etc.

- **Hospitalización:**

En hospitalización la dinámica era similar, por lo que lo explicaré con mayor brevedad. Aunque hay que destacar que las/os pacientes disponían de menos actividades grupales. A este servicio, yo igualmente acudía de lunes a miércoles.

La jornada comenzaba con una *reunión de equipo*, en la que se repasaba lo acontecido el día anterior y la noche. Acudía todo el equipo de psiquiatría, la psicóloga, la trabajadora social, la maestra, así como dos miembros de enfermería y uno del equipo de auxiliares.

También se realizaba una reunión semanal dedicada a realizar los *Programas de tratamiento individualizados (PTI)*, que en este caso tenían lugar al ingreso y previo al alta, y en casos de ingresos largos, también se iban revisando objetivos durante este.

En lo que respecta a la labor asistencia, la de la psicóloga adjunta, tenía lugar de 9h a 13h, en las cuales se realizaban:

- *Grupo interfamiliar*. En este caso no había un conductor fijo, sino que se turnaban psicología y psiquiatría alternativamente cada semana. En mi caso, hacía de coterapeuta cuando lo conducía la psicóloga. Participaba todo el equipo, y se realizaba una supervisión posterior.
- *Visitas individuales y familiares*.
- *Asamblea semanal*. Con mismo funcionamiento que en HD.
- *Grupo terapéutico*. En este caso no había una estructuración previa, sino que se iban decidiendo diferentes dinámicas según el perfil de las/os pacientes ingresados en cada momento. A las que acudí fueron muy destinadas al trabajo de habilidades sociales, y de gestión emocional.

- **Consultas externas y programa de abuso sexual:**

El programa de abuso sexual, estaba dentro de los servicios de consultas externas. A este acudía los jueves. El trabajo se realizaba de forma grupal, en 25 sesiones estructuradas, y un seguimiento posterior en visitas individuales trimestrales (salvo excepciones) durante 2 años. Durante mi estancia se crearon tres grupos de trabajo, el de padres, el de adolescentes mujeres, y el de niños varones. Se llevaban a cabo en paralelo, cada uno guiado por una de las psicólogas y otra componente del equipo como coterapeuta: en el de padres la psiquiatra, en el de niños la enfermera y en el de adolescentes mujeres la residente de psiquiatría y yo.

Las sesiones se dividían en las siguientes fases:

- Fase de integración (3 sesiones): El objetivo era crear un clima de confianza entre las terapeutas y cada una de las integrantes y propiciar la adaptación de las integrantes al trabajo en grupo.
- Fase de identificación y expresión de emociones (5 sesiones): El objetivo general era ayudar a tomar conciencia de sus emociones, confiar en ellos y aprender a aceptarlos y expresarlos de la forma más funcional.
- Fase de expresión del trauma (4 sesiones). Se pretendía facilitar la expresión de experiencias vividas en el abuso sexual.
- Fase psicoeducativa (10 sesiones). El Objetivo era brindar información sobre aspectos relacionados con la sexualidad, con el abuso sexual, de asertividad, solución de problemas, etc.
- Fase de reencuentro (2 sesiones): Los objetivos aquí eran propiciar el reencuentro padres-hijos, y fortalecer el vínculo.
- Sesión de evaluación (1 sesión).

La jornada comenzaba y finalizaba con una reunión donde participaba todo el equipo.

En mi caso, llegué al inicio de uno de los grupos, y pude acudir hasta la fase de psicoeducación.

Por otro lado, al área de **consultas externas** también acudía los viernes, pero esta vez al **grupo interfamiliar**. Era un grupo muy amplio, pues estaba abierto a cualquier familia con algún miembro atendido en cualquiera de los programas específicos o de

las consultas externas generales del hospital. Este era guiado siempre por una psiquiatra, y el papel de coterapeuta era rotativo entre otro psiquiatra. Durante mi estancia también pude realizarlo yo. Cuando finalizaba se llevaba a cabo la supervisión del mismo y posteriormente, de 11 a 13h realizábamos visitas de seguimiento individual en este servicio, donde se atendía a personas con cualquier tipo de problemática de salud mental.

▪ *Actividades de docencia*

Todos los martes y jueves, de 12 a 13h se realizaban las horas de docencia, donde se presentaban sesiones bibliográficas o se discutían casos clínicos de interés. A ella acudía todas/os las/os profesionales del área de infanto-juvenil, por lo que era un punto de encuentro de personas trabajando en distintas unidades, así como de distintas especialidades. Acudían miembros de psicología, psiquiatría, trabajo social, y enfermería. A las que pude acudir fueron las siguientes:

- Proyecto de Evaluación de terapia grupal en programa TEA. Por Dra. Roxana Vivar, jefa de unidad TEA. 11 de abril de 2019.
- Atención integral para adolescentes con trastorno depresivo y sus familias. Por Equipo consultas externas especializadas en depresión. 16 de abril de 2019.
- Conversaciones sobre mejoras en los grupos interfamiliares. Por Raquel Ruiz y Anna Tubert. 23 de abril de 2019.
- Revisión bibliográfica sobre tratamientos en Anorexia nerviosa. Por residente de psiquiatría. 25 de abril de 2019.
- Eneuresis y encopresis. Trabajo conjunto entre salud mental y pediatría. Por residente de pediatría. 30 de abril de 2019.
- Revisión de casos de TDAH. Por equipo responsable programa TDAH. 7 de mayo de 2019.
- Trauma complejo. Por residente de psiquiatría. 14 de mayo de 2019.
- Discusión de caso clínico, adolescente con posible T. Esquizoafectivo. 16 de mayo de 2019.
- Presentación resultados de programa específico de abuso sexual. Por equipo del programa de abuso sexual. 21 de mayo de 2019.

- Presentación de ley de Servicios de salud mental Comunitaria. Por psiquiatra adjunto. 23 de mayo de 2019.
- Cineforum: Billy Elliot. 28 de mayo de 2019.
- Cineforum: Discusión de Billy Elliot. 30 de mayo de 2019.
- Trabajo psicoterapéutico grupal en Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Por Equipo consultas externas especializadas en TCA. 4 de junio de 2019.
- Revisión bibliográfica tratamientos eficaces en depresión adolescente. Por residente de psiquiatría. 6 de junio de 2019.
- Discusión de caso clínico, adolescente con posible T. Disociativo. 11 de junio de 2019.
- Rotación externa en programa de abuso sexual en hospital Juan Navarro (México). Por residente de psiquiatría. 13 de junio de 2019.
- Abuso sexual y hacinamiento, Por trabajadora social de hospital de día de adolescentes. 18 de junio de 2019.
- Proyecto psicoeducativo en adolescentes usuarios del Hospital de día. Por maestra de hospitalización y del hospital de día de adolescentes. 20 de junio de 2019.
- Discusión de caso clínico, tratamiento de adolescente de 16 años con primer episodio psicótico. 25 de junio de 2019.

Al tiempo, en el mismo Instituto, durante el período de mi rotación tuve la oportunidad de acudir a la siguiente formación, que era brindada a todos los trabajadores del centro, y tuvo tres días de duración:

- Capacitación en Grupos Interfamiliares. Por Raquel Ruiz y Anna Tubert. En Instituto de salud mental Honorio Delgado, Lima, Perú.

Como esta, en el INSM “HD-HN”, se van ofreciendo otras capacitaciones dependiendo mucho de las necesidades de formación de las/os profesionales. Por ejemplo, el próximo octubre está programado otro ciclo de supervisiones de grupos Interfamiliares por Javier Sampere.

Sobre investigación, hay un equipo completo dedicado únicamente a ella, pero por la brevedad de mi rotación y la diversidad de dispositivos a los que deseaba acudir no pude involucrarme.

▪ **Cronograma**

Del 1 de abril al 15 de mayo, aproximadamente:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8-9h	Reunión de equipo en HD	Reunión de equipo en HD	Reunión de equipo en HD	Reunión de equipo en programa de abuso sexual	Grupo interfamiliar en consultas externas
9-10h	Grupo interfamiliar en HD	Actividad asistencial	Actividad asistencial grupal e individual	Grupo de adolescentes víctimas de abuso	
10-11h	Supervisión de grupo interfamiliar				Supervisión del grupo
11-12h	Actividad asistencial			Postgrupo con equipo referente de abuso sexual	
12-13h		Actividad de docencia	Reunión PTI (plan de tratamiento individualizado)	Actividad de docencia	
13-14h	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
14-15h	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)

Del 15 de mayo, aproximadamente, al 30 de junio:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8-9h	Reunión de equipo en Hospitalización	Reunión de equipo en Hospitalización	Reunión de equipo en Hospitalización	Reunión de equipo en programa de abuso sexual	Grupo interfamiliar en consultas externas
9-10h	Actividad asistencial grupal e individual	Grupo interfamiliar en hospitalización	Reunión PTI (plan de tratamiento individualizado)	Grupo de adolescentes víctimas de abuso	
10-11h			Actividad asistencial		Supervisión del grupo
11-12h		Actividad de docencia		Postgrupo con equipo referente de abuso sexual	
12-13h				Actividad de docencia	
13-14h	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
14-15h	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)	Actividad administrativa (informes, historias clínicas, etc.)

6. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO

Centraré este apartado en la importancia de dos de los recursos en los que he podido participar, la terapia Interfamiliar y el programa de abuso sexual.

Son muchos los estudios que han demostrado la eficacia de la Terapia Interfamiliar, en personas con problemáticas diversas. (Sempere, (2015).

Queda claro que es un recurso de gran utilidad, y más si tenemos en cuenta lo saturados que están todos los servicios públicos, existiendo una demanda que el sistema de salud no es capaz de soportar, con largas lista de espera, tiempos demasiado largos entre sesiones, profesionales con ratios de pacientes inasumibles, etc., por lo que este tipo de intervención, no solo es tan atractiva por su eficacia, sino también por su efectividad. Es un modo de llegar a un gran número de personas con necesidad de emplear menos recursos, pues es la propia interacción entre las familias la que genera la terapia, no siendo tan central el papel de terapeuta.

Además, hay que tener en cuenta, que, con ésta, no sólo nos limitamos a trabajar con el paciente identificado, sino que incluimos a la familia. Es un espacio clave para intervenir sobre las dinámicas familiares. Esto aumenta aún más la riqueza de este método, pues actualmente es raro el/la profesional que tiene disponibilidad para poder trabajar con las familias, quedándose muchas veces limitada la atención al paciente identificado, aun a sabiendas, en muchos casos, que la persona podría beneficiarse de la inclusión de sus familiares en el proceso.

De igual modo, respecto al trabajo con familiares y víctimas de abusos sexuales, hay sobrada evidencia de la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas, tanto de forma individual como grupal (Liotta, et al., 2015).

Se ha visto, que a pesar de ser un problema que en muchos casos no sale a la luz, las prevalencias de personas que lo sufren son altas, por lo que debe considerarse un asunto a tratar desde la sanidad pública. Las secuelas, a pesar de que dependen de muchos factores, suelen ser importantes y limitantes, por lo que es importante disponer de servicios que cuenten con tratamientos adecuados para esta población.

En cuanto al abordaje grupal, uno de los primeros metaanálisis que evaluaba su eficacia, concluía que este tipo de abordaje tenía un gran tamaño del efecto ($d = .79$) en la reducción del malestar psicológico (Reeker, Ensing, & Elliot, 1997). Por lo que en términos de efectividad también es un buen recurso a tener en cuenta. También para poder incluir a los familiares en el proceso, pues como señalan Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) su inclusión en el trabajo, sobre todo en niños/as y adolescentes es fundamental.

7. VALORACIÓN PERSONAL

La idea de poder realizar la rotación externa en el INSM “HD-HN” comenzó un año antes de comenzarla, en un encuentro sobre grupos interfamiliares realizados en Cuba, donde tuve oportunidad de conocer al Dr. Rolando Pomalima, director del área de niñas/os y adolescentes del INSM “HD-HN”. Reconozco que me producía mis dudas, pues es claro que a nivel psicoterapéutico no es el lugar más puntero del mundo, pero había otros aspectos que me llamaban mucho la atención.

Ahora, una vez de vuelta, puedo asegurar que fue una buena decisión. Sigo manteniendo que no es el lugar más puntero del mundo, pero me he llevado una gran cantidad de aprendizajes y vivencias que estoy segura me serán de gran utilidad en mi camino como psicóloga clínica.

En primer lugar, ya solo colocarte ahí, como psicóloga, delante de personas que entienden el mundo de una manera tan diferente a la propia te obliga a la apertura. Comprender sus problemáticas encuadrándolas en este contexto cultural y marco de referencia tan diferente al mío ha sido muy enriquecedor.

Además, no sólo eso, no sólo era la diferencia cultural, sino que se unía el hecho de tratarse, la mayoría, de personas son recursos socio-económicos muy bajos, por lo que el mirar a la parte social, y sobre todo a la familiar, se hacía siempre imprescindible, si es que hay algún momento donde no lo sea.

El bajo nivel de recursos también es palpable en la red de salud, por lo que he podido observar métodos para conseguir que los medios de los que se dispone sean lo más eficientes posibles. Este el caso de la implementación de los grupos interfamiliares y el taller grupal destinado a las víctimas de abuso, que buscan tener el mayor impacto, en

el mayor número de personas, cuando no se dispone de más recursos. Aprender habilidades sobre ambos métodos de trabajo estoy segura que me será de gran utilidad en el futuro.

Tanto estos grupos, como la gran cantidad de sesiones familiares que he podido observar y realizar, me ha permitido tener muy presente el modelo sistémico, pues eran raros los casos donde este modelo no fuese un aliado clave para la comprensión.

También he podido vivir y experimentar la necesidad de mirar siempre hacía la comunidad. Como he comentado en apartados previos, Perú está en un momento de cambio, intentando dejar atrás el modelo psiquiátrico. Pero aún queda mucho por hacer. La atención, aunque ya mirando hacia fuera, aun se sigue dando tras los muros de un hospital monográfico, y además de un modo muy aislado, apenas cuentan todavía con una red de agentes en la comunidad, con quien poder compartir el trabajo.

Esto hace, entre muchas otras cosas, que los reingresos sean frecuentes, pues tras el alta se cuenta con pocos recursos para que la persona pueda sostenerse en su entorno.

También provoca que mucha gente se quede fuera del sistema, pues a nivel de accesibilidad geográfica y económica es imposible para muchas/os usuarias/os desplazarse a Lima, donde están los tres hospitales de salud mental donde hasta ahora se ha dado esta atención. No había sectorización, sino que, como he comentado en apartados previos, atendían a población de toda Perú. Esto, además de no ser suficiente para un país con tanta población, también dificultaba o imposibilitaba las labores de coordinación de las/os profesionales. Aunque como es lógico, por razones económicas, son pocos los que acuden desde fuera de Lima, esta ciudad también tiene una dispersión geográfica muy grande, por lo que es igualmente complicado. Lo cual hacía que la coordinación con escuelas, justicia, otros ámbitos de la salud, etc., de los distintos barrios, fuera prácticamente inexistente, por lo que el hospital acaba convirtiéndose en una isla solitaria.

Todo esto parece que se puede ir superando con la nueva reforma. Ha sido muy enriquecedor para mí poder vivir este momento, poder acudir a distintas reuniones,

participar en diversas conversaciones, repensar una y otra vez como materializar este cambio.

Por último, para finalizar, señalar un punto agridulce, el del papel de la psicología. He podido palpar lo infravalorada que está, supeditada siempre a la psiquiatría, tanto en el número de profesionales contratados de ambas especialidades, como en las funciones que llevan a cabo. Pero bien es cierto, que en este caso es ciertamente menor la formación de las/os psicólogas/os, pues no existe la formación especializada en psicología clínica, y su formación queda a merced de lo que cada cual quiera hacer a nivel privado. Por ello la palabra agridulce, pues me ha permitido valorar aún más si cabe la existencia de nuestra especialidad en nuestro país.

8. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, no podía dejar de agradecer todos los esfuerzos realizados al Dr. Rolando Pomalima, sin quien esto no hubiese sido posible, primero por facilitar la burocracia previa, y después por la acogida y el tiempo dedicado. Conocer la sanidad en Perú a través de una figura así ha sido un placer.

También agradecer a todos las/os compañeras/os con los que he podido compartir horas de trabajo, me habéis mostrado que la hospitalidad es uno de los valores que Perú lleva por bandera.

En especial a los adjuntos José, Carla, Silvia, Cecilia, y Milagros, por su humildad y energía, por mostrarme que a veces las ganas superan los recursos.

A todas las personas usuarias, jóvenes y familiares, por dejarme introducirme en su mundo, y por su incansable lucha cuando todo juega en contra.

Ahora, a este lado del charco.

A mi hospital, Sant Joan de Déu, y mi tutora Cristina, por facilitarme la realización de esta estancia.

Por supuesto a todo mi ambiente de confianza. Mi familia, que siempre me han dado alas, y a mis amistades, quienes me han hecho sentir las cerca estando tan lejos. Y por

supuesto, a mi compañera de aventura peruana, Neus, pues con ella Lima ha sido como estar en casa.

Y, por último, como no, a ANPIR, no sólo por facilitarme con esta beca la oportunidad de desarrollar esta estancia, sino por toda la labor incansable que se realiza en pro de la especialidad, y, sobre todo, en pro de mejorar la atención a las personas usuarias de la red de salud mental.

Gracias.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barth, J. J., Bermetz, L. L., Heim, E. E., Trelle, S. S., & Tonia, T. T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and metaanalysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483.
- *Base de datos de la Oficina de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".*
- Boletín Oficial del Estado (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. BOE, 146, 51210-51236.
- Castillo-Martell, H., Cutipé-Cárdenas, Y. (2019). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013- 2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 36 (2), 326-33.
- Contini de González, E. N. (2003). Multiculturalismo y psicopatología: perspectivas en evaluación psicológica. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 91-106.
- Draguns, J. (1980). Psychological disorders of clinical severity. In H.C. Triandis & J. Draguns Eds., *Handbook of cross-cultural psychology*. Baltimore: University Park Press, 6: 99-174.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*, 12 (43-44), 75-82.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology*, 19 (2), 469-486.

- Lazo-Gonzales, O. Sistema de salud del Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia (sf).
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J. y Espinosa-Henao, O. (2016). El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú.
- Linares, J. L. (2012). Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica. Herder: Barcelona.
- Liotta, L., Springer, C., Misurell, J. R., BlockLerner, J. & Brandwein, D. (2015). Group Treatment for Child Sexual Abuse: Treatment Referral and Therapeutic Outcomes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24 (3), 217-237.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1984). Técnicas de terapia familiar. Paidós: Barcelona.
- Miranda, J.J, Diez-Canseco, F., Araya, R., Cutipe, Y., Castillo, H., et al. (2017). Transitioning mental health into primary care. *The Lancet Psychiatry*, 4 (2), 90-102.
- Selvini, M., Cirillo, S, Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1990). Los juegos psicóticos de la familia. Paidós: Barcelona.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 135-144.
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliot, R. (1997). Meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 669–680.
- Sempere, J. (2012). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 2 (1), 11-20.
- Sempere, J. (2015). Terapia Interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2017). Terapias Multifamiliares. El modelo Interfamiliar: La terapia hecha entre todos, Madrid, España. Editorial Psimática.
- Sempere, J., Rodado, M.J., y Fuenzalida, C. (2011). La reorganización de un área de salud mental infanto-juvenil en torno a la terapia grupal. *Teoría y práctica grupoanalítica*, 1(1), 256-76.

- Solís, R., Sánchez, S.E., Carrión, M., Samatelo, E., Rodríguez-Zubiate, R. y Rodríguez, M. (2009). Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26 (2), 136-44.
- Tizón, J. L. (1996). Reflexiones sobre la formación para la atención a la Salud Mental infanto-juvenil. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 57 (16), 129-146.
- Toyama, M., Castillo H., Galea, J.T., et al. (2017). Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *Int J Health Policy Manag*, 6 (9), 501–508.
- Vallejo, A. R. y Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30 (1), 19- 46.

10. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA EN CASTELLANO

- Comelles, J. M. y Bernal, M. (Editores). (2008). Salud Mental, diversidad y cultura. Asociación Española Neuropsiquiatría: Madrid.
- González, E. y Comelles, J.M. (Compiladores). (2000). Psiquiatría Transcultural. Ed. Asociación Española Neuropsiquiatría: Madrid.
- Linares, J. L. (2012). Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica. Herder: Barcelona.
- Marcelli, D. (2007). Psicopatología del niño. Elsevier Masson: Madrid.
- Marcelli, D. y Braconnier, A. (2005). Psicopatología del adolescente. Elsevier Masson: Madrid.
- Marrone, M., Diamond, N. & Juri, L. (2001). La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Editorial Psimática, Capítulo V.
- Martínez-Hernández, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro*, 22 (11), 2269-2280.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1984). Técnicas de terapia familiar. Paidós: Barcelona.
- Pérez-Sales, P. (2004). Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la acción. Desclée de Brouwer S.A: Bilbao.

- Selvini, M., Cirillo, S, Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1990). Los juegos psicóticos de la familia. Paidós: Barcelona.
- Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2017). Terapias Multifamiliares. El modelo Interfamiliar: La terapia hecha entre todos. Editorial Psimática: Madrid.
- Tió, J. Mauri, L. Ravnetós, P. (2014). Adolescencia y transgresión. Octaedro: Barcelona.
- Zanabria, B. (2015). La formación del psicólogo en el Perú. *Integración Académica en Psicología*, 3 (9), 25- 32.

11. DATOS DE CONTACTO DEL CENTRO DE DESTINO

Director de la DEIDAE de niñas/os y adolescentes: Dr. Rolando Pomalima:

- rpomalima2006@yahoo.com
- rpomalima@insm.gob.pe

Director General: Dr. Noé Yactayo Gutiérrez:

- nyactayo@insm.gob.pe