

Una nueva cara de la salud mental en el Perú: la incorporación de un servicio integral en los colegios

Trini

Uno de cada ocho niños o adolescentes peruanos tendrán algún problema de salud mental y sólo un ínfimo porcentaje de este grupo será tratado (INSM 2012). De ahí se puede afirmar que el cuidado de la salud mental en el Perú está recién en pañales. Esto debido a múltiples factores: un Estado deficiente y ausente en muchas regiones del país que se traduce en un sistema de salud precario y subfinanciado, sumado a una fuerte estigmatización alrededor de la salud mental en la sociedad peruana. Afortunadamente, estos últimos años la salud mental ha sido un tema en tendencia y el país no ha sido ajeno a la discusión. Esto se evidencia en las recientes legislaciones: en 2012, se sanciona la ley N°28889 que establece un modelo de salud comunitario como el nuevo paradigma para la atención de salud mental. Seis años más tarde se aprueba el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Salud Mental Comunitaria 2018-21”. Este plan devino en la creación de 155 centros comunitarios de salud mental alrededor del país (MINSA 2020). Pese al avance mostrado con los centros, creo que el estado también debe tomar un enfoque especializado en la población infantil y adolescente.

Dentro de este marco, se ha planteado un innovador modelo que establece al colegio como el espacio idóneo para implementar un servicio de salud mental. Esta propuesta no ha estado libre de polémica debido al escepticismo de académicos y una parte de la comunidad escolar por los desafíos logísticos y culturales que enfrentaría un servicio de esta naturaleza. Esto sumado a las deficiencias existentes en el contexto peruano. No obstante, considero que el modelo propuesto no solo es capaz de socavar estas limitaciones sino que se adaptaría adecuadamente y resultaría beneficioso para los estudiantes peruanos. En este sentido, creo que es necesaria la implementación de un servicio de salud integral en los colegios peruanos. A continuación, se sustentará esta postura sobre la base de tres argumentos: el primero indica que posibilita que la atención de esta sea más accesible para los escolares peruanos. Posteriormente, otra razón en la que la postura se apoya consiste en que la naturaleza colaborativa y multidisciplinaria del modelo garantiza su correcta incorporación en los colegios. Finalmente, se presentan casos de implementación del servicio de salud mental integral en países de medianos y bajos ingresos análogos al Perú.

El primer motivo por el cual considero que los colegios peruanos deben implementar un servicio de salud mental integral radica en que este servicio posibilita que la salud mental sea más accesible para los estudiantes peruanos. Las enfermedades mentales predominan en niños y adolescentes (Kohn y otros 2018:3). Entonces, el acceso a la salud mental debería ser una preocupación para cualquier Estado que vele por el bien de la ciudadanía. Sin embargo, la situación actual prueba ser contradictoria. La brecha terapéutica oscila entre el 69 y 85 por ciento (Toyama y otros 2017:502). Aunque se han logrado avances en el marco político peruano, aún existen problemas con su implementación. Esta respuesta limitada hacia la problemática se debe a barreras estructurales que un servicio integral escolar es capaz de superar.

En primer lugar, la concentración de centros de salud mental en Lima a diferencia de los centros en las demás provincias causa que muchos estudiantes no accedan a este servicio. Los departamentos más desatendidos son Loreto, Cajamarca, Piura, La Libertad, Puno y San Martín (MINSa 2018:28). A nivel regional, solo 13.9% de la sierra urbana y 14.3% de la selva urbana presentan cobertura (INSM 2013:33). Ante esta realidad, un servicio ofrecido en la escuela sería descentralizado y por ende más accesible. Es más factible que los estudiantes al frecuentar su casa de estudio también consulten los tratamientos que necesiten. Por otro lado, el personal humano también es escaso en la mayoría de los departamentos. El 80% de los psiquiatras registrados en el Colegio Médico residen en Lima y más de la mitad trabajan exclusivamente en el sector privado (World Bank Group 2018:32). La situación de los psicólogos y las enfermeras especializadas es similar. Además, aunque el modelo comunitario se haya plasmado en papel, aún es predominante el enfoque biopsicosocial frente a las enfermedades mentales.

En ese sentido, el modelo integral brinda la posibilidad de potenciar una cercanía hacia la comunidad y los conocimientos pedagógicos para llegar a los estudiantes que requieran asistencia. Otro problema presentado es que el presupuesto anual nacional designado para el sector de salud mental es menos del 2% (Symeon y otros 2014:31) y este casi en su totalidad está dirigido a los hospitales de la capital (Toyama y otros 2017:503). Si el servicio de salud mental se encontrara en el colegio, la atención sería mucho más efectiva y constante. Muchos estudiantes ya no tendrían que faltar a clases para obtener citas médicas que son difíciles de conseguir. Asimismo, se reduciría la dificultad para conseguir medicamentos, ya que según Hodgkin los medicamentos antidepresivos y antipsicóticos están disponibles en menos de 20% de los centros de salud mental y clínicas pequeñas del país (2014:663). Esto afecta la calidad de atención que reciben muchos alumnos.

Otro obstáculo que impide el acceso a la salud mental es la falta de recursos de los alumnos. Pese a la disminución de los últimos años de la pobreza en el Perú (INEI 2017: 41), la generalizada falta de acceso a los servicios públicos indica que esta situación aún debe mejorar. La salud mental es un gran ejemplo, ya que ha sido históricamente excluida de la atención primaria. Según un estudio epidemiológico del 2007 en Lima y Callao realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental, del total de adolescentes que no recibió atención por algún problema de salud mental, el 29% afirmaron que su motivo principal era la falta de dinero (INSM 2012:141). La escuela es capaz de socavar estas limitaciones y que los alumnos accedan a un servicio de salud mental integral, pues es sabido que la mayoría de familias no puede permitirse una consulta particular, medicaciones y un cuidado de calidad.

Por otro lado, en el área rural al menos la mitad de los menores de 15 años son pobres (INEI 2017:58). Paradójicamente, los trastornos mentales son más prevalentes en regiones pobres (INSM 2013:34) y estas justamente son las más excluidas del sistema de salud mental. Una atención integrada a las escuelas solucionaría el problema, ya que el servicio proviene del presupuesto de la escuela, entonces, el costo es mucho menor para el alumno que incluso los privados o los centros comunitarios. La posición única del colegio como espacio que tiene la capacidad inherente de llegar a los estudiantes y las familias por el tiempo significativo que pasan ahí y por otro lado las comunidades, potencia su posibilidad de tener buenos resultados incluso frente a factores de riesgo (Capella y otros 2008:396). También se debe considerar que aunque algunos alumnos poseen seguros muchos de estos no cubren la salud mental o lo hacen por un tiempo limitado, mientras el colegio otorga un servicio constante. Al establecer vínculos con la comunidad, se pueden establecer alianzas con centros de salud y organizaciones para un respaldo financiero.

Por último, la implementación de un sistema de salud mental integral en el colegio ayudaría a reducir los estigmas de los alumnos alrededor de la salud mental. El miedo de ser desvalorizados socialmente representa una barrera para los niños y adolescentes con problemas de salud mental. Debido a la desinformación algunos alumnos ni siquiera reconocen sus síntomas como un problema de salud. Más de la mitad de adolescentes entre 11 y 18 años respondieron que no buscaron ayuda porque “lo debían superar solos” (INSM 2012:141). La implementación de un servicio de esa naturaleza en un espacio con gran influencia en la comunidad como el colegio legitima la disposición de recibir atención en salud mental. Asimismo, las percepciones de la salud mental varían según la región, el nivel socioeconómico y el nivel de educación. Por ejemplo, un 43% de los encuestados en la sierra urbana no

consideraba a la depresión como una enfermedad mental (EESMSP 2003 citado en INSM 2013:37). Esto puede indicar que la misma familia puede ser el portavoz de los prejuicios hacia el paciente.

El colegio inspira más confianza que otros lugares probablemente menos compatibles culturalmente con los padres y los alumnos. Diversos autores identifican tres estrategias para reducir el estigma: protesta, educación y contacto. No obstante, la más efectiva es considerada la combinación de las dos últimas (Rüsch y otros 2005:535-36; Corrigan 2004: 620). El servicio de salud basado en el colegio no sólo incluye, sino que promueve estos medios. Los programas de alfabetización en salud mental y por otro lado, coordinar visitas con miembros activos de la comunidad en recuperación de enfermedades mentales. Además, “estudios han probado que los alumnos son más propensos a buscar ayuda en el entorno escolar antes que una clínica u hospital” (Carlson y Kees 2013 citado en Lindsey 2017:8). En consecuencia, es mucho más viable una atención mental en los centros educativos.

Un segundo motivo por el cual considero que los colegios peruanos deben implementar un servicio de salud mental integral radica en que la naturaleza colaborativa y multidisciplinaria del modelo propuesto. Es necesario definir las implicancias del servicio de salud mental integral que se propone en el presente ensayo. Estos servicios se han adaptado de acuerdo a las necesidades de su entorno, no hay un único concepto de servicio de salud mental basado en la escuela. La literatura reciente lo define como “cualquier intervención o estrategia aplicada (en el ámbito escolar) especialmente diseñada para influenciar el funcionamiento emocional, social de los estudiantes” (Rones y Hoagwood 2000 citado en Doll y otros 2017:180). En la mayoría de definiciones propuestas la constante es el trabajo colaborativo entre el personal escolar y comunitario. Los modelos oscilan en los siguientes niveles: prevención, intervención y tratamiento (AAP 2004: 1840). Un servicio integral aborda los tres niveles, es decir, evaluación, tratamiento multimodal, consulta y estrategias de prevención enfocados en la salud mental de los alumnos. Este modelo triangular ha sido adoptado por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Pediatría.

La base de este modelo es el paradigma ecológico de Bronfenbrenner (1979). Un marco unificador para guiar la investigación, las políticas y la práctica centrado en el entendimiento de sistemas interconectados. Al reconocer la relevancia de los ambientes, hay posibilidad de un cambio psicológico y psicoeducacional significativo. Siendo así, el servicio se enfoca en los salones de clase, las escuelas, los hogares y la comunidad, con el fin de dirigirse exitosamente a los estudiantes. Incluso es congruente con el uso de estrategias de salud pública (Pearrow y

Whelley 2006: 48). Además, todos los involucrados, sin necesariamente contar con una formación técnica, pueden participar activamente en la ejecución del servicio. Gutkin afirma que este enfoque es incluso más eficiente que el modelo médico respecto al diagnóstico y tratamiento (2012: 12-13). Cabe mencionar que este no es un manual que dicta pasos específicos sino que ofrece una estrategia para gestionar los recursos y necesidades. Dando cabida a la flexibilidad y adaptación del servicio.

El modelo propuesto promueve un esfuerzo colaborativo. Los profesores son agentes de cambio capaces de identificar las características sociales y los comportamientos en el aula. Ellos deben desarrollar estrategias no solo para una instrucción efectiva sino también un manejo óptimo de la clase. Por ejemplo, “Good Behavior Game” es un programa que ha contribuido a la disciplina y desarrollo de habilidades sociales en el aula (Atkins y otros 2010: 44). Asimismo, el compromiso de los líderes escolares es esencial para monitorear, visionar e implementar el servicio. Los investigadores y esposos Denise y Gary Gottfredson los denominan “guardianes” para nuevos planes de estudio o programas (citado en Chiodo y Kolpin 2018: 24). También considero que la participación activa de los padres de familia es clave para la utilización y efectividad del servicio. Se recomiendan reuniones de equipo colaborativo, foros abiertos y conferencias de padres y maestros (Villarreal y Castro-Villarreal 2016: 3).

Al compartir un terreno común e integrar disciplinas, los educadores y los profesionales de la salud mental pueden mejorar el suministro de este servicio. Se facilita una mejor conciencia sobre la salud mental entre el personal y los estudiantes en un entorno familiar. Esto es importante para estudiantes vulnerables provenientes de familias de bajos recursos y minorías étnicas y/o sexuales (Stephan y otros 2013: 1970). La naturaleza del modelo potencia la posibilidad de aprendizaje y compartición de recursos mutuos. Se utilizan diferentes tipos de intervención: terapia individual, familiar y grupal, manejo de casos y crisis, consulta, talleres, etc, y los médicos pueden capacitar a la comunidad escolar. Graham Music afirma que los problemas de salud mental de los niños y adolescentes son tan complejos que se deben abordar de manera multisistémica (2007:11). Ciertos desórdenes mentales conllevan complicaciones físicas y de aprendizaje como el trastorno de déficit de atención. En muchos casos la coordinación con otras agencias y departamentos, como el sistema judicial, centros de educación especializada y agencias de servicio infantil, es vital para el bienestar mental del estudiante.

A pesar de lo expuesto, hay quienes consideran que los colegios no son adecuados para implementar este servicio. Sustentan que existe el riesgo de que los intereses burocráticos e institucionales impiden una exitosa colaboración del personal. Según Everett Rogers, las características de un programa percibidas por los miembros de un sistema social determinan su tasa de adopción y consecuentemente la calidad de implementación (citado en Chiodo y Kolpin 2018: 19). Para ello, se debe tomar en cuenta factores como el escepticismo del personal hacia el trabajo terapéutico, la falta de confianza por parte de los docentes para desarrollar la tarea, el rechazo de la comunidad escolar en general y el riesgo de una pérdida del objetivo por parte de la escuela priorizando objetivos académicos. En ese sentido, George DuPaul identifica una brecha entre lo propuesto por académicos y lo que se pone en práctica. Siendo así, se ha observado que muchos servicios no han implementado el nivel prevención y que el personal externo tiende a trabajar aislado del colegio (Macklem 2011:11-12). Asimismo, la gran variedad en los criterios de diagnóstico y definiciones utilizadas entre los personales es problemática, especialmente en casos de comorbilidad.

Sin embargo, se ignora que existen mecanismos que garantizarían una genuina integración interdisciplinaria. Howard Adelman argumenta que, más que una colaboración, las partes deberían esforzarse por la integración (1993: 311). Siendo así, estas estrategias derivan en las siguientes: la preplanificación para clarificar los roles y propósitos del servicio, la promoción de una relación equitativa y de entendimiento mutuo entre los profesionales de la salud y la educación y, asimismo, incrementar la interacción entre ambos personales mediante reuniones regulares. Esto puede ser un proceso laborioso y prolongado, pero a largo plazo es beneficioso. La construcción de capacidades garantiza que el centro opere de manera comprensiva, responsiva y efectiva (Stephan y otros 2014: 2). Finalmente, una evaluación de calidad permite que las partes interesadas sean conscientes de las áreas por mejorar.

Por otro lado, se argumenta que el modelo es incongruente con la misión y estructura del sistema escolar. Estas son instituciones complejas constantemente presionadas por la comunidad y el Estado para cumplir sus funciones educativas. La expectativa solo crece cuando se espera que cumplan el rol de centro de servicios de salud mental. Simon Gowers, Sian Thomas y Sarah Deeley identificaron en su estudio que el personal escolar no está adecuadamente entrenado para intervenciones y programas de salud mental (2004: 421). Otra preocupación es la falta de recursos materiales en las escuelas, que de por sí se encuentran sub financiadas. Además, persisten diferencias culturales: los profesionales de la educación tienden a prácticas basadas en

los testimonios de los alumnos más que en evidencia factual (Macklem 2011: 9). En consecuencia, ciertos grupos reciben menos atención por prejuicios clasistas, raciales, de orientación sexual, etc. En adición, existe el riesgo que profesores o consejeros escolares ignoren la cuestión de confidencialidad, de gran importancia para los estudiantes y sus familias.

No obstante, el Estado podría solucionar agregando el modelo de salud mental integral a la currícula escolar nacional. Janice Cooper enfatiza la importancia del respaldo estatal para los servicios de salud mental escolares (2008: 5). Las escuelas no son responsables por satisfacer todas las necesidades de los alumnos pero cuando estas afectan directamente el aprendizaje también se convierten en parte de su tarea (Maag y Katsiyannis 2010: 178). Una integración institucionalizada y sostenida de salud mental y educación resulta beneficiosa para hacer frente a fenómenos como el bullying. Pero como afirma Bonnie Nastasi, esto requiere una reforma sistémica: cambios de políticas hasta la revisión de la currícula escolar para incluir objetivos y estrategias que procuren el bienestar mental (2004: 296). Con respecto a los obstáculos culturales, diversos autores han planteado reconocer las desigualdades socioeconómicas existentes, capacitar a educadores culturalmente competentes y participar en actividades de extensión e intervención culturalmente apropiadas. Finalmente, la escuela debe informar a los estudiantes acerca de los servicios ofrecidos y desarrollar políticas de consentimiento para los padres.

Por último, considero que se debería implementar un servicio de salud mental integral en los colegios peruanos porque otros casos de implementación de este servicio en países de medianos y bajos ingresos han resultado positivamente en la salud mental y rendimiento académico de los estudiantes. Pese a presentar limitaciones y deficiencias inherentes de su contexto, los servicios de salud mental escolares fueron efectivamente incorporados y sus esfuerzos dieron frutos. Esto evidencia que su implementación es factible para el contexto peruano. En ese sentido, nos enfocaremos en los casos de tres países y sus resultados en el alumnado.

En primer lugar, RECAP-VN es un programa inspirado en otro con el mismo nombre establecido en EE.UU. El original fue adaptado en Vietnam para ser un programa de intervención universal para llegar a la mayor cantidad de estudiantes del nivel primaria en un contexto de limitados recursos (Dang y otros 2017: 26). Los talleres se enfocan en el desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales de los estudiantes. Los profesores fueron los agentes encargados de incorporar los conceptos y estrategias vistos en estos talleres en las aulas como el uso de disciplina positiva. Esto revolucionaría la cultura escolar peruana, particularmente en

zonas rurales, donde los profesores tienden a establecer una imagen autoritaria y ligada a la sanción frente a sus alumnos (Sandoval 2003: 18). Una adecuada capacitación conceptual y clínica de la salud mental contribuiría a un entendimiento mutuo y la creación de un ambiente propicio para el desarrollo psicológico de los alumnos.

Hoang-Minh Dang y otros, al analizar los resultados obtenidos después de un año escolar, desde Septiembre de 2013 hasta Mayo de 2014, observaron una mejoría en las escalas de autocontrol y asertividad del Social Skills Rating System (2017: 33). Estos resultados se explican en tanto que en sociedades colectivistas como la vietnamita los individuos tienden a adoptar comportamientos, como la cooperación, que contribuyan con la armonía grupal (Nguyen, Le y Boles 2010: 197). Esto es especialmente importante ya que según un estudio cultural elaborado por Geert Hofstede, el Perú es un país que valora mucho a la comunidad (2001: 215). En esa línea, los valores que promueven este tipo de servicios son congruentes con la cultura peruana.

En segundo lugar, el Mental Health Facilitator (MHF) es un servicio implementado en las escuelas de Malawi desde 2008 que se caracteriza por su componente transdisciplinario ya que se basa en competencias de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, etc. Otro eje central es su acercamiento hacia la comunidad y posterior involucramiento. En un estudio liderado por Melissa Luke, todos los participantes señalaron que se había adaptado efectivamente a su contexto y abordado sus necesidades (2016: 9). Esto último es relevante ya que la situación del sistema de salud mental local es muy parecida a la peruana: sobrecargada y sub financiada. En esta línea, Scott Hinkle enfatiza que es necesaria la participación de no especialistas para cerrar la amplia brecha terapéutica en países en desarrollo (2014:12). A partir de ello, considero que en los colegios peruanos también se podrían utilizar grupos focales compuestos por padres, estudiantes y profesores para promover la discusión y los diferentes puntos de vista acerca de la salud mental. De este modo, se complementa la capacitación con una currícula que se enfoca en el estrés mental, los desórdenes mentales e intervenciones específicas para enfrentar problemáticas como el maltrato infantil y el suicidio.

Asimismo, los encuestados acordaron que el programa era muy valioso al cumplir un rol educativo vital en la comunidad y lo describieron como un éxito. Indudablemente una de las consecuencias más importantes de este programa es que los participantes incorporaron sus aprendizajes a su vida diaria. Un padre de familia afirmó que ahora tenía “una nueva forma de pensar” y un estudiante manifestó que ahora sabía “cómo aconsejar a sus amigos” (Luke y otros 2016:12-13). Esto evidencia que los programas pueden tener un efecto a largo plazo no solo en

la población objetivo sino en toda la comunidad y que posibilitan la desestigmatización de la salud mental en una sociedad conservadora como la africana y peruana.

Finalmente, el Programa Habilidades para la Vida (HpV) ha sido implementado desde 1998 en Chile a nivel nacional desde la etapa pre-escolar hasta el segundo ciclo básico. Este servicio es exhaustivo: incluye intervenciones preventivas, universales y de pesquisa. En un estudio en niños del primer ciclo de enseñanza básica pertenecientes a sectores de bajos recursos económicos, se observó una mejora en la atención y concentración en el grupo tratado. Luego de la aplicación del taller también se elevó su nivel de actividad, contacto social y madurez emocional (Leiva y otros 2015: 37). Estos hallazgos son relevantes para nuestra investigación ya que en Perú la mayoría de los sectores más deficientes en salud mental también son los más pobres.

Además, se encontró una asociación significativa entre la asistencia de los estudiantes, sus padres, los profesores y los resultados positivos especialmente los que se refieren a habilidades sociales (Leiva y otros 2015: 38). Lo último demuestra los beneficios del trabajo colaborativo, en especial en un marco como el Latinoamericano donde la familia y los profesores cumplen roles importantes en la vida de los estudiantes. Al evaluar las variaciones en desadaptación escolar y disfunción psicosocial de los adolescentes post-tratamiento, se encontró que hubo una disminución en las 4 dimensiones de la primera variable: malas relaciones con los compañeros, baja autonomía, pobre rendimiento escolar y respuestas agresivas (Gallardo y otros 2015:9). Por lo tanto, se debe enfatizar el hecho de que el servicio de salud mental es capaz de contribuir con los objetivos académicos del sistema educativo y con la creación de un entorno pacífico donde los alumnos puedan alcanzar su potencial.

En síntesis, este ensayo sostuvo que un servicio de salud integral en los colegios del Perú es adecuado, beneficioso y factible. Primero, se mostró como elimina las barreras socioeconómicas existentes y así facilita el acceso a los servicios para los alumnos peruanos, mediante su descentralización, economización y la reducción del estigma alrededor de la salud mental en consecuencia de la familiaridad que inspira el colegio. En segundo lugar, se comentó que la naturaleza colaborativa y multidisciplinaria del modelo definido garantiza su correcta incorporación en las escuelas, al basarse en el paradigma ecológico y abordar problemáticas desde diversas disciplinas en conjunto. En tercer lugar, se demostró, a partir de tres casos de países de mediano y bajo ingresos en los que se implementó el servicio, que su incorporación sería posible en el Perú. Por todos los motivos expuestos, es necesaria la incorporación de un servicio de salud integral en los colegios peruanos. Los niños y adolescentes tienen derecho a

un cuidado de salud mental de calidad independientemente de donde viven y cuánto dinero tienen sus padres. Esto es esencial para avanzar en su camino académico y posteriormente laboral. Pero es más importante aún para su desarrollo humano y psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

ADELMAN, Howard S.

1993 “School-Linked Mental Health Interventions: Toward Mechanisms for Service Coordination and Integration”. *Journal of Community Psychology*. Volumen 21, número 4, pp. 309-319. Consulta: 11 de noviembre de 2020
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=113047eb-1747-4a96-bb30-6a969023d0df%40sessionmgr4007>

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP)

2004 “School-Based Mental Health Services”. *Pediatrics*. Volumen 113, número 6, pp.1839-1845. Consulta: 25 de setiembre de 2020
<https://pediatrics.aappublications.org/content/113/6/1839>

ATKINS, Marc S. y otros

2010 “Toward the Integration of Education and Mental Health in Schools”. *Adm Policy Ment Health*. Volumen 37, número 1 y 2, pp. 40-47. Consulta: 25 de setiembre de 2020
<https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/article/10.1007/s10488-010-299-7>

CAPELLA, Elise y otros

2008 “Enhancing Schools’ Capacity to Support Children in Poverty: An Ecological Model of School-Based Mental Health Services”. *Adm Policy Ment Health*. Volumen

35, número 5, pp. 395-409. Consulta: 14 de octubre de 2020

<https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/article/10.1007/s10488-008-0182-y>

CHIODO, Debbie y Hailey KOLPIN

2018 “Both Promising and Problematic: Reviewing the Evidence for Implementation Science”. *Handbook of School-Based Mental Health Promotion*. Springer, pp. 11-31. Consulta: 22 de setiembre de 2020

https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1007/978-3-319-89842-1_2

COOPER, Janice L.

2008 “The Federal Case for School-Based Mental Health Services and Supports”. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volumen 47, número 1, pp.4-8. Consulta: 15 de noviembre de 2020

<http://ww2.nasbhc.org/RoadMap/PlanningandEvaluation/SBHC%20basics/Federal%20Case%20for%20School%20Based%20Mental%20Health%20Services%20and%20Support.pdf>

CORRIGAN, Patrick

2004 “How Stigma Interferes With Mental Health Care”. *American Psychological Association*. Volumen 59, número 7, pp. 614-625. Consulta: 14 de octubre de 2020

<https://psycnet-apa-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/fulltext/2004-19091-003.pdf?sr=1>

DANG, Hoang-Minh y otros

2017 “Vietnam as a case example of school-based mental health services in low and middle income countries: Efficacy and effects of risk status”. *School Psychology International*. Volumen 28, número 1, pp. 22-41. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<https://journals-sagepub-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/pdf/10.1177/0143034316685595>

DOLL, Beth y otros

2017 “School-Based Mental Health Services: Definitions and Models of Effective Practice”. *Journal of Applied School Psychology*. Volumen 33, número 3, pp. 179-194. Consulta: 24 de setiembre de 2020

<https://www-tandfonline-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/pdf/10.1080/15377903.2017.1317143?needAccess=true>

GALLARDO, Iris y otros

2015 “Evaluación de la Aplicación Piloto de una Intervención Preventiva de Salud Mental en la Escuela: Variaciones en la Desadaptación Escolar y en la Disfunción Psicosocial Adolescente”. *Psyche*. Volumen 24 , número 2, pp.1-13. Consulta: 13 de octubre de 2020

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v24n2/art10.pdf>

GOWERS, Simon, Sian THOMAS y Sarah DEELEY

2004 “Can Primary Schools Contribute Effectively to Tier 1 Child Mental Health Services?”. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Volumen 9, número 3, pp. 419-425. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<https://journals-sagepub-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/pdf/10.1177/1359104504043924>

GUTKIN, Terry B.

2012 “Ecological Psychology: Replacing the Medical Model Paradigm for School-Based Psychological and Psychoeducational Services”. *Journal of Educational and Psychological Consultation*. Volumen 22, número 2 , pp. 1-20. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=f146863a-b4c7-45c9-9e30-ccc655e6b4aa%40pdc-v-sessmgr02>

HINKLE, Scott

2014 “Population-Based Mental Health Facilitation (MHF): A Grassroots Strategy That Works”. *The Professional Counselor*. Volumen 4, número 1, pp.1-18. Consulta: 10 de diciembre de 2020

<https://tpcjournal.nbcc.org/wp-content/uploads/2014/04/Pages-1-18-Hinkle-PDF.pdf>

HODGKIN, Dominic y otros

2014 “Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Volumen 31, número 4, pp. 660-668. Consulta: 17 de octubre de 2020

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a07v31n4.pdf>

HOFSTEDDE, Geert H.

2001 *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations across Nations*. Segunda Edición. California: Sage Publications. Consulta: 10 de diciembre de 2020

https://books.google.com.pe/books?id=w6z18LJ_1VsC&printsec=frontcover&dq=Culture%E2%80%99s+Consequences:+Comparing+Values,+Behaviors,+Institutions,+and+Organizations+Across+Nations&hl=en&ei=eOWZTcLPEKrxXiALG7LCdCO&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2017 “Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2016”. Lima. Consulta: 14 de octubre de 2020

https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza2016.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (INSM)

2012 “Nota de Prensa 12/11”. Consulta: 10 de diciembre de 2020

<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>

2012 “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General”. *Anales de Salud Mental*. Volumen 28, suplemento 1. Lima. Consulta: 14 de octubre de 2020

<https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>

2013 “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General”. *Anales de Salud Mental*. Volumen 29, suplemento 1. Lima. Consulta: 14 de octubre de 2020

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3197.pdf>

KOHN, Robert y otros

2018 “Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap”. *Rev Panam Salud Publica*. Volumen 42, pp.1-10. Consulta: 22 de setiembre de 2020

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49540/v42e1652018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LEIVA, Loreto y otros

2015 “Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica”. *Psicoperspectivas*. Volumen 16, número 1, pp.31-41. Consulta: 25 de setiembre de 2020

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v14n1/art04.pdf>

LINDSEY, Briana

2017 “The Common Benefits of School Based Mental Health Programs: A Systematic Review”. *Sophia*. Saint Catherine University. Consulta: 22 de setiembre de 2020

https://sophia.stkate.edu/msw_papers/757

LUKE, Melissa y otros

2016 “Mental Health Facilitator (MHF) Service Implementation in Schools in Malawi, Africa: A Strategy for Increasing Community Human Resources”. *The Professional Counselor*. Volumen 6, número 1, pp.1-21. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b923e213-5f46-4272-b5c4-13664caa1095%40sdc-v-sessmgr01>

MAAG, John W. y Antonis KATSIYANNIS

2010 “School-Based Mental Health Services: Funding Options and Issues”. *Journal of Disability Policy Studies*. Volumen 21, número 3, pp.173-180. Consulta: 14 de octubre de 2020

<https://journals-sagepub-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/pdf/10.1177/1044207310385551>

MACKLEM, Gayle L.

2011 *Evidence-Based School Mental Health Services*. Nueva York: Springer. Consulta: 25 de setiembre de 2020

<https://link-springer-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/book/10.1007/978-1-4419-7907-0>

MUSIC, Graham

2007 “Learning our lessons: some issues arising from delivering mental health services in school settings”. *Psychoanalytic Psychotherapy*. Volumen 21, número 2, pp. 1-19. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<https://www-tandfonline-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/full/10.1080/0266873060118>

[1077](#)

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2018 “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 - 2021”. Lima. Consulta: 9 de octubre de 2020

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

2020 “Salud Mental”. Consulta: 10 de diciembre de 2020

<http://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>

NASTASI, Bonnie K.

2004 “Meeting the Challenges of the Future: Integrating Public Health and Public

Education for Mental Health Promotion”. *Journal of Educational and*

Psychological Consultation. Volumen 15, número 3 y 4, pp. 295-312. Consulta:

11 de noviembre de 2020

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=5cb9e938-b1da-4819-91ce-fdc9d13ff19e%40sessionmgr4007>

NGUYEN, Hannah-Hanh D., Huy LE y Terry BOLES

2010 “Individualism–Collectivism and Co-operation: A Cross-Society and Cross-Level Examination”. *Negotiation and Conflict Management Research*. Volumen 3, número 3, pp. 179-204. Consulta: 10 de diciembre de 2020

<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/epdf/10.1111/j.1750-4716.2010.00057.x>

PEARROW, Melissa y Peter WHELLEY

2006 “School-Based Mental Health Services for Children and Adolescents”. *Research on Community-Based Mental Health Services for Children and Adolescents*.

Volumen 14, pp. 33-51. Consulta: 11 de noviembre de 2020

[https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1016/S0192-0812\(06\)14003-9](https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1016/S0192-0812(06)14003-9)

RÜSCH, Nicolas; ANGERMEYER, Matthias y CORRIGAN, Patrick W.

2005 “Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma”.

European Psychiatry. Volumen 20, número 8, pp. 529-539. Consulta: 14 de octubre de

2020

<https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/11/Concepts-consequences-and-initiatives-to-reduce-stigma.pdf>

SANDOVAL, Pablo

2003 “Perfil del docente peruano”. *Informe preparado por encargo del Consejo Nacional de Educación*. Consulta: 10 de diciembre de 2020

http://www.geocities.ws/cne_magisterio/1/PerfilDocente_PSandoval.doc

STEPHAN, Sharon y otros

2013 “A learning collaborative approach to training school-based health providers in evidence-based mental health treatment”. *Children and Youth Services Review*. Volumen 35, número 12, pp 1970-1978. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<https://www.sciencedirect-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/science/article/abs/pii/S0190740913002909>

STEPHAN, Sharon y otros

2014 “School Mental Health: The impact of State and Local Capacity-Building Training”. *International Journal of Education Policy & Leadership*. Volumen 9, número 7, pp. 1-13. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1050526.pdf>

SYMEON, Christopher y otros

2014 “Mental health training and education in South America: SUD World Project”. *International Psychiatry*. Volumen 11, número 2, pp. 31-33. Consulta: 14 de octubre de 2020

https://www-cambridge-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0BDE25D915E937C66BCB7086DEE37D87/S174936760000432Xa.pdf/mental_health_training_and_education_in_south_america_sud_world_project.pdf

TOYAMA, Mauricio y otros

2017 “Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services”. *International Journal of Health Policy and Management*. Volumen 6, número 9, pp.501-508. Consulta: 9 de octubre de 2020

http://www.ijhpm.com/article_3313_27793e38fcd053d3aedb23b37e56d848.pdf

VILLARREAL, Victor y Felicia CASTRO-VILLARREAL

2016 “Collaboration With Community Mental Health Service Providers: A Necessity in Contemporary Schools”. *Intervention in School and Clinic*. Volumen 52, número 2, pp.1-7. Consulta: 11 de noviembre de 2020

<https://journals-sagepub-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/doi/pdf/10.1177/1053451216636>

[047](#)

WORLD BANK GROUP

2018 “Healing Minds, Changing Lives : A Movement for Community-Based Mental Health Care in Peru – Delivery Innovations in a Low-Income Community, 2013-2016”. Lima. Consulta: 9 de octubre de 2020

<http://documents1.worldbank.org/curated/en/407921523031016762/pdf/125036-WP-PU-BLIC-P159620-add-series-WBGMentalHealthPeruFINALWeb.pdf>